

Stellungnahmen nicht geladener Sachverständige

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Potsdam, den 24.10.2023

An den Gesundheitsausschuss - Anhörung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ergänzend zu den Forderungen der Fachverbände gegen die Diskriminierung von Patient:innen im Cannabisgesetz (CanG) vom 27.09.2023 möchten wir, der Interdisziplinäre Arbeitskreis Brandenburger Schmerztherapeuten und Palliativmediziner e. V. (IABSP), mit unserer Stellungnahme auf die besonders **prekäre Situation bei geriatrischen Patienten im CanG** verweisen.

Trotzt einer oft nicht mehr nachvollziehbaren Übermedikation, fordern die Krankenkassen weitere oft sinnlose Therapieversuche, die sich mit keinerlei Evidenz begründen lässt und lehnen die Anträge mit Hinweis auf die aktuelle Gesetzeslage ab.

Unserer mehr als 20 jährigen Erfahrung nach, reichen geringste Mengen (3 bis 3x3 Tropfen Dronabinol (entsp. 2,4 bis 7,2mg THC/d)) aus, um Medikamente und damit deren starke Nebenwirkung deutlich zu reduzieren, den Stress, erzeugt u.a. durch Corona, Kriegsberichtserstattungen,, abzubauen. Es bessert sich die Lebensqualität und die Therapiezugänglichkeit. Auch die niedrig dosierte CBM - Therapie ist als ein Teil eines umfassenden Therapiekonzeptes zu sehen und nicht als Monotherapie.

Falls Sie Verwandte oder Bekannte in dieser Altersgruppe haben, achte Sie doch mal darauf, wie es bei ihnen mit der Versorgung mit Cannabisbasierte Arzneimittel (CBM) aussieht.

Da bei diesen Patienten oft Schmerzen eine Rolle spielen, kommen Opioide, was per se zu begrüßen ist, zum Einsatz. Das Problem ist eine schrittweise Dosiserhöhung, bei gleichzeitig zunehmender Immobilität und Stoffwechselreduktion. Im Ergebnis kommt es so iatrogen zu einem immobilen, desinteressierten und ins Leere starrenden Patienten. Weitere Medikamente verstärken die Situation. Durch den o. g. nebenwirkungsfreien Einsatz von niedrig dosiertem CBM Einsatz, können Medikamente deutlich reduziert und sogar abgesetzt werden, die Patienten werden wieder wacher und können mit weniger Pflegeaufwand versorgt werden. Dies ist nicht nur wegen bestehendem Arzneimittel- und Personalmangel von Bedeutung

Die niedrig Dosis CBM Therapie steht nicht im Fokus der aktuellen Cannabisgesetzgebung und ist auch kaum bei Ärzten bekannt.

Ein weiterer Aspekt der nirgends diskutiert wird, sind die Folgen der Legalisierung für chronisch kranke Patienten, die erstmals mit Cannabis in Berührung kommen und eine Leidenslinderung erleben. Darüber, dass dies auch durch niedrige THC Mengen möglich ist, sind die meisten Ärzte nicht informiert. Diese ärztliche Unkenntnis, wird dazu führen, dass eigentliche Patienten, die in die ärztliche Therapie gehören abgewiesen und in die sich perpetuierende Selbstmedikation getrieben werden.

Wir danken für Ihre Interesse und stehen Ihnen gerne bei etwaigen Rückfragen zur Verfügung

Interdisziplinärer Arbeitskreis Brandenburger Schmerztherapeuten und Palliativmediziner e.V. (IABSP)
Ansprechpartner: Dr. med. Christoph Wendelmuth & Dr. med. Knud Gastmeier
Telefon: 0331 743070, Webseite: <https://www.iabsp.de>, E-Mail: info@iabsp.de

- Anlage: Stellungnahme

Cannabis legal, Patient:innen egal? – Zehn gemeinsame Forderungen der Fachverbände gegen die Diskriminierung von Patient:innen im Cannabisgesetz (CanG) vom 27.09.2023

Stellungnahme des Interdisziplinären Arbeitskreises der Brandenburger Schmerztherapeuten und Palliativmediziner e. V. (IABSP)

Fokus: Geriatrie in Deutschland leben derzeit 6,11 Millionen über 80 -jährige.

Einige Regelungen, die im Rahmen des Cannabisgesetzes (CanG) erlassen werden sollen, führen dazu, dass geriatrische Patient:innen nachhaltig stigmatisiert werden. Eine fortgesetzte Prohibition, die im CanG und im darin enthaltenen Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) durch Besitzbeschränkungen und Konsumverbote beibehalten wird, trägt aus Einschätzung des IABSP zur anhaltenden **Stigmatisierung von geriatrischen Patient:innen bei** - einschließlich derer, die sich bisher selbst therapiert haben.

Die in den folgenden Punkten beschriebene, anhaltende Stigmatisierung von Patient:innen im CanG ist äußerst problematisch mit weitreichend negativen Auswirkungen auf die Gesellschaft. Die oft undifferenzierte Diskussion über Cannabis (Genuss vs. Medizin) behindert auch die Therapie mit Cannabisbasierter Medizin (CBM). Der CBM hängt der Nimbus des „Illegalen Suchtmittels“ weiterhin an. Als Darum scheuen sich viele, ihre medizinischen Anliegen zu thematisieren, professionelle Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Diese Problematik findet sich auch auf Seite der Ärzteschaft. Ein Großteil der Ärzteschaft weigert sich, eine Cannabistherapie für ihre Patient:innen aufgrund bestehender Vorurteile und Stigmata sowie aufgrund zu strenger gesetzlicher Rahmenbedingungen zu initiieren oder zu unterstützen. Dies führt zu einem Mangel verordnender Ärzt:innen und einer Unterversorgung von Patient:innen und kann zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patient:innen führen, da sie aus Angst vor sozialer Ächtung oder rechtlicher Verfolgung auf alternative, weniger sichere Behandlungsmethoden zurückgreifen. **Die gesetzliche Forderung nach dem „Austherapiertsein“, kann zu einer akuten Gefährdung bei diesen sehr vulnerablen Patient:innen führen. (Beachte die eingeschränkte Stoffwechselsituation, Arzneimittelinteraktion, bei bestehender überdimensionierter Polypharmazie, ... !) Eben speziell diese Patient:innen sind darüber hinaus auch emotionaler und psychischer Belastung ausgesetzt.**

Die Gesellschaft sollte darauf abzielen, insbesondere älteren Menschen, die medizinisches Cannabis benötigen, zu unterstützen, ihren medizinischen Zugang zu sichern und effektive Behandlungsmethoden zu ermöglichen.

Der Gesetzgeber sollte den medizinischen Cannabisgebrauch in einer Form regulieren, die sicherstellt, dass diese vulnerablen Patient:innen qualitativ hochwertige Produkte problemlos, wie z. B. bei Opioide übliche, verschrieben bekommen. Die Entstigmatisierung von medizinischem Cannabis ist herausfordernd. Es ist wichtig, sicherzustellen, dass Cannabisarzneimittel sicher und verantwortungsvoll verwendet werden. Regulierung, Schulung von medizinischem Fachpersonal, Patient:innenenaufklärung und die Förderung der Selbsthilfearbeit sind entscheidend, um die positiven Auswirkungen zu fördern. **Diese Schulungen sollten auch von jenen gefordert werden, die die ärztlich CBM-Therapie beurteilen und dann entsprechend Anträge bearbeiten!**

Es ist an der Zeit, dass Gesellschaft und Regierung einen evidenzbasierten und mitfühlenden Ansatz gegenüber Patient:innen verfolgen, die auf medizinisches Cannabis angewiesen sind. Es muss sichergestellt werden, dass sie eine angemessene und diskriminierungsfreie Behandlung erhalten.

Die Etablierung von medizinischem Cannabis ist ein wichtiger Schritt in Richtung einer offeneren und gerechteren Gesundheitsversorgung. Sie ermöglicht es Menschen, von den potenziellen therapeutischen Vorteilen von Cannabis zu profitieren, ohne stigmatisiert oder kriminalisiert zu werden. Diese Entwicklung wird von wissenschaftlichen Erkenntnissen, sozialer Verantwortung und wirtschaftlichen Chancen begleitet. Es ist an der Zeit, Vorurteile abzubauen und medizinisches Cannabis als das zu betrachten, was es ist: Eine wirksame Behandlungsoption für viele Patient:innen.

Wir fordern daher, die Therapie und den Alltag von Cannabispatient:innen im MedCanG zu berücksichtigen und realistisch umsetzbar zu gestalten statt Stigmatisierung befördernde Grundlagen zu erhalten und zu verschärfen.

Aspekte, die hierfür berücksichtigt werden müssen, sind im Folgenden Punkte-Plan aufgeführt.

- Einnahme der Cannabismedikation für geriatrische Cannabispatient:innen uneingeschränkt ermöglichen

Der Gesetzgeber sieht vor, die Inhalation von Medizinalcannabis in der Öffentlichkeit massiv einzuschränken. Patient:innen, die beispielsweise in unmittelbarer Schule oder KITA Nähe wohnen und ihr verschriebenes Rx-Arzneimittel inhalativ einnehmen müssen, würde in diesem Fall die straffreie, unkomplizierte und rechtzeitige Einnahme ihrer Medizin verboten. **Auch wenn es sich hier sicherlich nur um eine sehr kleine oft auch mobilitätseingeschränkte Patientengruppe handelt, die eben zum „Rauchen auf den Balkon oder vor die Tür treten müssen“, stellt eben dies eine Altersdiskriminierende Bestimmung da.**

Der Gesetzestext sieht keine klare Trennung zwischen Konsument:innen und Patient:innen vor. Diese klare Trennung ist aber eine Voraussetzung für den Schutz von Cannabispatient:innen. Das eingeschränkte Einnahmeverbot der verordneten Medizin ist nicht zumutbar. Die Möglichkeit zur ortsunabhängigen Einnahme einer ärztlich verordneten Medikation muss eine Selbstverständlichkeit sein. Restriktive Konsumverbote setzen nicht nur Konsument:innen der Gefahr von Willkür und Kontrolldruck aus, sondern auch vulnerablen Patient:innen.

Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein. Die fortwährende Stigmatisierung von Patient:innen darf durch derlei Vorschriften nicht noch verstärkt werden, da es sich um chronisch oft schwerkrank Menschen handelt. Das strafbewehrte Einhalten von Mindestabständen, wie in § 24 vorgesehen, ist in der Realität schwer durchführbar und insbesondere mobilitätseingeschränkten Patient:innen nicht zumutbar, daher fordern wir dessen Streichung. Sollte das Konsumverbot nach § 24 MedCanG beibehalten werden, fordern wir verbandsübergreifend, sich auf eine Formulierung wie "nicht in unmittelbarer Gegenwart von Kindern und Jugendlichen" zu beschränken und zwischen Patient:innen und Konsument:innen klar zu unterscheiden. Patient:innen, die auf die rechtzeitige Einnahme ihrer Medizin angewiesen sind, sollten ausgenommen und zu restriktive Einnahmeverbote überdacht werden.

- Gleichbehandlung von Cannabispatient:innen im Straßenverkehr schaffen

Solange geriatrische Patient:innen uneingeschränkt am Straßenverkehr sich beteiligen können, ist dies in vielerlei Hinsicht evident, insbesondere wenn sie stadtfern wohnen (Einkaufen, Arzt- und Bekanntenbesuche).

Wir fordern im Straßenverkehr die Gleichbehandlung von Cannabispatient:innen mit

Patient:innen, die andere fahreignungsrelevante Arzneimittel durch einen Arzt oder eine Ärztin erhalten. Gegenwärtig verlieren zahlreiche Cannabispatient:innen ihre Fahrerlaubnis, weil Mitarbeiter:innen von Fahrerlaubnisbehörden und Begutachtungsstellen (MPU-Stellen) die Teilnahme dieser Patient:innen am Straßenverkehr nicht tolerieren oder äußerst kritisch sehen, auch wenn kein Verstoß gegen das Straßenverkehrsgegesetz und/oder die Fahrerlaubnisverordnung vorliegt. Der Verlust des Führerscheines ist häufig mit einer massiven Kontaktbegrenzung Arbeitsplatzverlust und sozialem Abstieg für den einzelnen Bürger und die einzelne Bürgerin

Zwar dürfen Cannabispatient:innen nach Angaben der Bundesregierung am Straßenverkehr teilnehmen, sofern sie aufgrund der Medikation nicht in ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sind und Cannabis nicht missbräuchlich verwendet wird (§ 24a Abs.2, Satz 3 StVG Bundestagsdrucksache 18/11701); in der Praxis wird dieses Recht jedoch eingeschränkt, beispielsweise weil Behörden und MPU-Stellen die Indikationsstellung des Arztes oder der Ärztin für eine Cannabistherapie in Frage stellen. Zur Änderung dieses unhaltbaren Zustandes ist keine gesetzgeberische Maßnahme erforderlich, sondern nur die Erläuterung und Durchsetzung der gegenwärtigen Rechtslage. Solche Erläuterungen gab es bereits in der Vergangenheit durch ein Merkblatt der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) vom November 2015 sowie Schreiben der Bundesopiumstelle vom 15.01.2011 und der BAST vom 15.01.2014.

Es bedarf klarer Ausführungsbestimmungen und Begutachtungsleitlinien durch die Bundesregierung im CanG. Dabei kann sich diese an bestehenden Texten orientieren, wie etwa den Vorschlägen der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie (DGVP) und der 2 Bundesanstalt für Straßenwesen. Stellungnahme zur Thematik Fahreignung bei medizinischer Verwendung Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM) vom August 20183. Dies ist ein lange überfälliger Schritt, der einfach realisiert werden kann.

- Genehmigungsvorbehalt schadet geriatrischen und vulnerablen Patient:innen

Die Erstattung von Medizinalcannabis steht gem. § 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Dies ist mit **einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden und steht in keinem Verhältnis zur oft sehr geringen Tagesdosis (3 bis 3x3 Tropfen Dronabinol (entsp. 2,4 bis 7,5mg THC/d)). Die Entscheidungskriterien, die zur Zustimmung oder Ablehnung eines Genehmigungsantrags führen, wie z. B. die Definition des Begriffs „schwerwiegende Erkrankung“ und die Frage, ob Patient:innen bereits austherapiert sind, bleiben auch nach Abschluss des G-BA-Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie „Cannabisarzneimittel“ unklar definiert und damit anfällig für intransparente und willkürliche Entscheidungen.**

Gerade bei diesen über 80 jährigen Patienten wird der Genehmigungsantrag als ein Verhöhnung der Patient:innen und des engagierten Arztes wahrgenommen. Was wäre aus Sicht des Gesetzgebers hier als „schwere Erkrankung“ gerechtfertigt?

Ein geriatrischer Patient:innen ist definiert durch die Geriatrie-typische Multimorbidität und höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter) oder durch „Alter 80+“ („oldest old“) auf Grund der **alterstypisch erhöhten Vulnerabilität**, z.B. des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Austherapiert!: in der Regel liegt eine wissenschaftlich nicht nachvollziehbare Polymedikation vor, so dass sich die von den Kassen geforderte Therapieausschöpfen zu einem unethischen

„Experiment“ am vulnerablen Patient:innen gleichkommt. Die Besonderheit von 6,11 Millionen über 80Jährige sind in der aktuellen Gesetzeslage nicht berücksichtigt!

In der Gesamtschau der Nutzen-Risiko-Bewertung von CBM bei älteren und geriatrischen chronischen Patient:innen wird regelmäßig übersehen, dass diese keine oder nur geringe Reserven gegenüber den Nebenwirkungen von Opioiden (Obstipation, Sedierung) oder Koanalgetika (atropinerge und zentralnervöse Störungen, Akkumulation bei Niereninsuffizienz) oder von COX-2-Inhibitoren (kardiovaskuläre, renale und gastro-intestinale Risiken) besitzen und besonders unter den entsprechenden Nebenwirkungen leiden. Durch eine rechtzeitige CBM Therapie mit niedrigsten THC- Tagesdose, dessen Therapierisiko in keinem Verhältnis zur geforderten Therapieausschöpfung steht, kann eben durch THC bedingte Medikamentenreduktion Lebensqualität und Therapiesicherheit geschaffen werden.

Dies alles führt zu vielfältigen Unsicherheiten, behindert den Zugang zu medizinischem Cannabis und sorgt durch Einspruchs- und Gerichtsverfahren für zusätzlichen bürokratischen Mehraufwand und Gerichtsprozessen, deren Ende diese alten Patient:innen oft nicht mehr erleben. Gleichermaßen werden diese Unsicherheiten durch die im G-BA-Beschluss implizit formulierte Nachrangigkeit der Verordnung bzw. Erstattungsfähigkeit von getrockneten Cannabisblüten zur inhalativen Anwendung verstärkt.

Bereits heute beklagen viele Ärzt:innen den hohen bürokratischen Aufwand des Antragsverfahrens und entscheiden sich oftmals gegen die Unterstützung solcher Anträge. Die gegenwärtige (zu) hohe Ablehnungsquote der Erstattungsanträge durch die gesetzlichen Krankenkassen führt dazu, dass viele, oft chronisch kranke geriatrischen Patient:innen ihre Cannabistherapie dauerhaft selbst finanzieren müssen und/oder aus unsicheren, illegalen Quellen (oft sind es die Enkel, die hier mit „Schulhofcannabis“ helfen!) zu besorgen und sich selbst therapieren müssen. Eine Cannabistherapie sollte aber - wie jede andere Therapie auch - stets unter Anleitung von medizinischem und pharmazeutischem Fachpersonal erfolgen.

Zur Abschaffung dieser Hürden schlagen wir vor, den § 3 MedCanG zu nutzen, um den Genehmigungsvorbehalt bei gleichzeitigem Regressschutz für die Ärzt:innen vollständig zu streichen. Als Alternative zur vollständigen Streichung wird eine antragsfreie Testphase für Cannabistherapien für einen zeitlich definierten Behandlungsrahmen (z.B. von 3 Monaten), auch für den Fall, dass individuell keine eindeutige Studienlage, die es sowie für die praktizierte medikamentöse Therapie bei geriatrische Patient:innen auch nicht gibt, vorliegt, vorgeschlagen.

Eine weitere Möglichkeit der Vereinfachung des Antragsverfahrens auf Kostenübernahme wäre die Festlegung weiterer Standards durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dies wurde bereits im Zuge der Überarbeitung des Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetzes (ALBVVG) initiiert. Hierbei wurde der G-BA beauftragt, einzelne Facharztgruppen, hier unter *besonderer Berücksichtigung derer die geriatrische Patient:innen behandeln* und erforderliche ärztliche Qualifikationen festzulegen, bei denen der Genehmigungsvorbehalt nach §31 Absatz 6 Satz 2 SGB V entfällt.

Ergänzend hierzu wird vorgeschlagen, den G-BA aufzufordern, weitere Parameter zu definieren, bei deren Eintreten der Genehmigungsvorbehalt entfällt, ohne dass die Erkrankung als ‘schwerwiegend’ eingestuft sein muss. **Ähnlich wie dies bei der SAPV möglich war, sollte es auch in der Geriatrie möglich sein.** Ein möglicher Vorschlag hierfür ist die Festlegung ärztlich

diagnostizierter Indikationen, bei denen die Wirksamkeit und Sicherheit cannabisbasierter Arzneimittel bereits umfangreich nachgewiesen wurde. Dabei muss sichergestellt werden, dass diese Kriterien auch unabhängig voneinander Anwendung finden und nicht nur in Kombination zum Wegfall des Genehmigungsvorbehalts führen.

- Therapiehoheit der Ärzteschaft wahren

Die Bewahrung und Wiederherstellung der Therapiehoheit der Ärzteschaft im Kontext der Cannabistherapie in Deutschland gewinnt vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Entwicklungen bezüglich der Freizeitnutzung von Cannabis eine herausragende Bedeutung. Die Ärzteschaft muss über die Befugnis und Autorität verfügen, das am besten geeignete cannabisbasierte Arzneimittel für ihre Patient:innen auszuwählen. Jede:r Patient:in reagiert individuell und unterschiedlich auf Cannabis als Arzneimittel, und es gibt eine Vielzahl von Produkten mit verschiedenen Cannabinoidzusammensetzungen und Anwendungsmöglichkeiten. Die Expertise der Ärzteschaft ist dabei entscheidend um sicherzustellen, dass die Therapie den individuellen Bedürfnissen und Symptomen aller Patient:innen gerecht wird. Daher darf es weder eine Vorabfestlegung oder Nachrangigkeit der zur Anwendung kommenden Cannabisarzneimittel, noch eine Einschränkung der Verordnungsbefugnis auf einzelne Facharztgruppen geben.

Wir fordern nachdrücklich dazu auf, die Therapiehoheit der Ärzteschaft im Bereich der Cannabistherapie bei Erarbeitung des § 3 MedCanG zu wahren und nicht gesetzlich einzuschränken. Angesichts der aktuellen politischen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Freizeitnutzung von Cannabis ist es von entscheidender Bedeutung, Ärzt:innen die Befugnis zu geben, das am besten geeignete cannabisbasierte Arzneimittel für ihre Patient:innen auszuwählen. Jede:r Patient:in ist einzigartig, und die Expertise der Ärzteschaft ist unerlässlich, um sicherzustellen, dass die Cannabistherapie den individuellen Bedürfnissen und Symptomen gerecht wird. Dies wird sicherstellen, dass Patient:innen die bestmögliche medizinische Versorgung erhalten und gleichzeitig die Sicherheit und die Qualität der Cannabistherapie gewährleistet sind.

- Forschungsvorhaben für Cannabistherapien fördern

Der therapeutische Nutzen cannabisbasierter Arzneimittel für geriatrische Patient:innen ist bei einer Vielzahl von Indikationen unbestritten. Dennoch bedarf es weiterer Forschung, um das Potenzial der Behandlung wissenschaftlich zu untermauern. Vorhandene Ergebnisse wie z. B. aus der auf Daten von GKV-Versicherten basierenden BfArM-Begleiterhebung sind nicht ausreichend, wie die Verantwortlichen im Abschlussbericht selbst bestätigen. Stattdessen können vorhandene Ergebnisse sogar in die Irre führen, da sie durch einen erheblichen Selektionsbias und zahlreiche weitere methodische Schwächen verzerrt. Zudem werden ganze Patient:innengruppen und Krankheitsbilder aufgrund von Vermutungen stigmatisiert bzw. nicht berücksichtigt. Klinische Forschung im Bereich Medizinalcannabis muss dringend durch bessere Rahmenbedingungen und staatliche Forschungsgelder gefördert werden, um bestehende Wissenslücken zu schließen. Dies gilt ebenso für die Generierung von evidenzbasierten Daten im Rahmen der Forschung an universitären Einrichtungen, die zu mehr Aufklärung beitragen werden.

Quellen:

- Gastmeier et al.: Niedrig dosiertes THC in der Geriatrie und
<https://link.springer.com/article/10.1007/s15006-022-1856-1>
- Gastmeier et al.: Cannabinoide reduzieren den Opioidverbrauch bei älteren Schmerzpatienten: Eine retrospektive Dreijahresauswertung einer ambulanten kassenärztlichen Praxis, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00482-022-00642-0>
- Wendelmuth et al.: Dronabinol bei geriatrischen Schmerz- und Palliativpatienten: Eine retrospektive Auswertung der ambulanten kassenärztlichen Therapie,
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00482-019-00408-1>

Interdisziplinärer Arbeitskreis Brandenburger Schmerztherapeuten und Palliativmediziner e.V. (IABSP)

Ansprechpartner: Dr. med. Christoph Wendelmuth & Dr. med. Knud Gastmeier

Telefon: 0331 743070

Webseite: <https://www.iabsp.de>

E-Mail: info@iabsp.de

Der Arbeitskreis IABSP wurde 1993 in Kleinmachnow gegründet. In ihm haben sich Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen aus Brandenburg organisiert, die sich mit den regionalen Problemen im Zusammenhang mit der Schmerz- und Palliativmedizin befassen und konstruktiv nach Lösungen suchen. Der IABSP hat auf verschiedenster Art und Weise seit 2000 maßgeblich an den Verbesserungen bei der medizinischen Verwendung von Cannabis und Cannabinoiden in Brandenburg mitgewirkt.

Stellungnahme des Aktionsbündnis Nichtrauchen e.V. zu „Cannabis und Rauchen“

Seite 1 | von 2

Das ABNR warnt davor, dass durch die geplante Cannabis-Gesetzgebung eine Re-Etablierung des Rauchens befördert wird. Zudem ist zu befürchten, dass auch neuartige Inhalationsprodukte wie E-Zigaretten zunehmend für den Cannabiskonsum genutzt werden. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass durch einen Co-Konsum von Nikotin bzw. Tabak und Cannabis gesundheitliche Risiken beider Substanzen verstärkt werden. Studien zeigen¹, dass

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)155(2)
nicht gel. VB zur öffentl. Anh. am
06.11.2023 - Cannabis
02.11.2023

- der Tabak- und Nikotinkonsum durch den Co-Konsum mit Cannabis zunimmt.
- Nichtrauchende erst durch Cannabiskonsum an einen Tabak- und Nikotinkonsum herangeführt werden, während Rauchenden durch ihn der Ausstieg erschwert wird,
- durch den Co-Konsum mit Nikotin in konventionellen Tabak- und neueren Produkten das Suchtpotenzial von Cannabis erhöht wird,
- der Co-Konsum von Tabak- und Nikotinprodukten und Cannabis zu deutlich höheren gesundheitlichen Belastungen, insb. des Respirationstraktes und des Herzkreislaufsystems, führt und das Krebsrisiko weiter erhöht sowie psychische und cerebrale/neurologische Belastungen zu beachten sind,
- Inhalationssysteme wie E-Zigaretten oder Tabakerhitzer auch für den zeitgleichen Konsum von Tabak- und Nikotinprodukten mit THC-haltigen Substanzen verwendet werden.

(¹Quellen: siehe Positionspapier des ABNR, April 2023)

Deshalb spricht sich das ABNR im Zuge der geplanten Cannabis-Gesetzgebung für die Umsetzung folgender Maßnahmen zur Reduzierung der mit einem Co-Konsum von Cannabis und Nikotin einhergehenden gesundheitlichen Gefahren aus:

- Die Sicherung des Jugendschutzes, um den Einstieg in das Rauchen durch Cannabiskonsum zu verhindern, über Risiken des Co-Konsums von Tabak- und Nikotinprodukten und Cannabis aufzuklären.
- Den Aufbau niedrigschwelliger, evidenzbasierter Angebote für den Ausstieg aus dem Tabak- und Nikotinkonsum unter Mitberücksichtigung des Cannabiskonsums.
- Warnhinweise zu den Risiken eines Co-Konsums von Cannabis zusammen mit Tabak- und Nikotinprodukten auf den für die kontrollierte Abgabe von Cannabis vorgesehenen Verpackungen.
- analoge Anwendung der für Cannabis geplanten Abgaberegelungen auch für Tabak- und Nikotinprodukte.
- Verkaufsverbote sind für solche Produkte zu erlassen, die die Risiken des Cannabiskonsums und eines Co-Konsums mit Nikotin verstärken.
- Aufbau eines unabhängigen Begleitforschungsprogramms zur geplanten Cannabis-Regulierung, durch das die Entwicklung des Konsums und dessen gesundheitliche Auswirkungen beobachtet werden können.

Berlin, 31. Juli 2023

1

Dr. med. Ulrike Helbig EMBA
Vorstandsvorsitzende
Aktionsbündnis Nichtrauchen e.V. (ABNR)
Schumannstr. 3
10117 Berlin
Email: helbig@abnr.de



Stellungnahme des Cannabis Social Club Baden-Württemberg zur öffentlichen Expertenanhörung des Gesundheitsausschuss am 06.11.2023 zum Cannabisgesetz (CanG)

Die Bedeutung von Säule 1 (Entkriminalisierung) für die Ziele der Bundesregierung

Der Cannabis Social Club Baden-Württemberg setzt sich als regionale Dachstruktur für Anbauvereinigungen und Selbstversorger ein.

In diesem Rahmen weisen wir darauf hin, dass anders als bisher kommuniziert, sich die Vorstellung eines Gesetzentwurfs zu Säule 2 verzögert und eine Umsetzung in dieser Legislaturperiode zunehmend anzuzweifeln ist.

In Anbetracht dieses Umstands weisen wir auf die umso größere Erwartungshaltung an die Effektivität von Säule 1 hin. Gesetzesziele seitens Bundesregierung sind zusammengefasst die Schwarzmarkteindämmung bei zeitgleich verbessertem Jugend- und Gesundheitsschutz, dies gilt es bestmöglich umzusetzen durch ein optimiertes Cannabisgesetz, wofür wir uns in diesem Rahmen aktiv einsetzen möchten.

Ohne flächendeckende kommerzielle Abgabestrukturen wie in Säule 2 zumindest vereinzelt im Land möglich als Referenzgröße mit Blick auf die per Gesetz vorgesehene Gesamtevaluation, sind schon jetzt zu erwartend nur begrenzte Erfolge möglich.

Privater wie auch gemeinschaftlicher Eigenanbau kann dabei nur als Teil einer vielseitigen Lösung auf die Gesamtlage positiv wirken, je restiktiver der Eigenanbau ob privat oder in Anbauvereinigungen, umso ineffektiver das ganze Gesetz in seiner gesamtperspektivischen Wirkung.

Darüber hinaus wächst der Markt harter Drogen in Deutschland und dem europäischen Ausland, was sich auch in den über Jahre steigenden Beschlagnahmemengen in den Rauschgiftlagebild Jahresberichten erkennen lässt. Begleitend auch entsprechende Straftaten, Verbrechen und Beschaffungskriminalität. Sicherheitsbehörden in Deutschland sollten sich auf die Akteure im Bereich der OK/Schwerkriminalität fokussieren, statt sich weiter um opferlose Straftaten bei (ausschließlich) Cannabisdelikten kümmern zu müssen (Verweis Cannabis Gefahrenpotential niedriger als Alkohol).

Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität Entwicklung der letzten Jahre

Sicherstellungsmenge in kg	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Amphetamine	1196	1339	1336	1356	1471	1669	x	x	x		1631
Crystal	75	77	74	67	62	114	x	211	mind. 290,5	363,1	785
Ecstasy (in Anzahl Pillen)	313179	480839	702439	967410	2218050	693668	x	x	x	x	1021542
Heroin+Opium	242+81	270+294	779+15	210+96	330+61	298	x	mind. 1000	mind. 570	mind. 430	mind. 1000
Kokain	1258	1315	1569	3114	1871	8166	mind. 5000	mind. 10000	mind. 11000	mind. 23000	20000
Cannabis+Haschisch	4942+2386	4827+1770	8212+1748	3852+1599	5955+1874	7731+1295	x	x	x	x	16900+2800
Crack	0,5	0,4	0,5	0,4	0,1	x	x	x	x	x	x



Im Rahmen der Gesetzinitiative muss zum Inkrafttreten des CanG auch die Führerscheintheematik verbessert werden. Eine Fortführung der aktuellen Praxis ist nicht haltbar, die Grenzwerte nach Expertenkommission zu niedrig, denn aktuell droht Führerscheinentzug noch Tage nach aktivem Rausch.

Nachfolgend unsere Empfehlungen zu Gesetzdetails.

§ 2 Umgang mit Cannabis / §4 Umgang mit Cannabissamen

- **Nicht berücksichtigt bisher ist der Anbau zum Zwecke der Saatgut-/Stecklingserzeugung und Zucht außerhalb von Anbauvereinigungen.**

Wir sehen es als ungerechtfertigt, den Anbau zu Rauschzwecken begrenzt zu erlauben, einen Anbau zum ausschließlichen Zwecke der Saatguterzeugung/Zucht von potentem Cannabis hierbei jedoch nicht zu berücksichtigen.

Die vollständige Verantwortung bei Erzeugung und Abgabe von „Vermehrungsmaterial“ den Anbauvereinigungen aufzuerlegen, als Zusammenschlüsse privat organisierter BürgerInnen ohne Gewinnerzielungsabsicht ist problematisch.

Empfehlung:

Etablierung einer Möglichkeit zum Erhalt einer (Sonder-)Erlaubnis zum Zwecke der Erzeugung von Vermehrungsmaterial oder Zucht.

§ 3 Erlaubter Besitz / §9 privater Eigenanbau

- **Mengenbegrenzung von Pflanzenanzahl**

Eigenanbau ist Teil der Lösung, kein durch übermäßig scharfe Regelungen aufs Kleinste zu deckelndes potenzielles Kriminalitätsrisiko!

Die Wirkungen von mittlerweile rund ~30000 Cannabissorten weltweit sind vielseitig. Ein risikoärmerer Konsum ergibt sich durch freie Wahl an vielseitigen, persönlich abgestimmten Sorten für eine bessere Gesamtverträglichkeit. Eine vielfältige Sortenwahl ist bei 3 Pflanzen nur eingeschränkt möglich.

Cannabis ist verglichen mit den bereits legalen Drogen weniger risikobehaftet in Sachen Wirkung und Langzeitfolgen, abgesehen von ungesünderen Konsumformen wie dem Rauchen.

Daher ist es nicht nachvollziehbar, warum Erwachsene kistenweise Spirituosen und Tabakwaren ohne gesetzliche Deckelung horten dürfen, bei Cannabis jedoch massiv beschränkt werden.

Das Argument der kriminalitätsfördernden Wirkung einer höheren Stückzahl von Pflanzen im Eigenanbau ist wenig realitätsnah.



Fortsetzung S.2 zu §3 Erlaubter Besitz / §9 privater Eigenanbau

Zudem werden Plätze in Anbauvereinigungen lokal zumindest temporär nicht immer verfügbar sein, umso eher muss eine Selbstversorgung gewährleistet sein. Eine Limitierung von nur 3 weiblichen, blühenden Pflanzen birgt ein umso größeres Risiko, dass KonsumentInnen im Verlustfalle aufgrund von gärtnerischen Fehlern oder sonstigen Umständen sich eher in der Situation wiederzufinden, über den Schwarzmarkt zu beziehen.

Empfehlung:

Streichung der Mengenbegrenzung von nur drei Pflanzen sowie genauere Differenzierung zwischen weiblich blühend und Vorzuchten, sofern Begrenzung weiterhin geplant.

- **Die Abgabe zum unmittelbaren Konsum an Dritte im häuslichen Umfeld sollte erlaubt sein**
Die Abgabe im privaten, häuslichen Umfeld zum unmittelbaren Konsum war in früherer Entwurfsstufe vorgesehen, im aktuellen Entwurf fehlt diese jedoch.
Das fehlende Vorhandensein einer solche Regelung, führt zu unnötiger Kriminalisierung einfacher BürgerInnen.
Die Bewirtung eines Gastes in den eigenen vier Wänden sollte, sofern Schnaps bis zum Umfallen ausgeschüttet werden darf auch mit Cannabis aus Eigenanbau möglich sein.

Empfehlung:

Ergänzung um eine Regelung zum Zwecke der unentgeltlichen Abgabe in begrenztem, privatem Rahmen im Mindestkompromiss wie oben beschrieben.

§ 5 Konsumverbot

- **200 Meter Regelung diskriminiert PatientInnen und ist in urbanen Gebieten kaum umzusetzen bzw. gleicht es vielerorts einem Pauschalverbot**
Die 200 Meter Konsumregelung ist ein praxisfernes Gesetzdetail, welches zur Diskriminierung von Cannabis PatientInnen führt, die stand jetzt im Verbotszustand wesentlich freier in ihrem Lebensalltag sind, der sich häufig nicht zeitlich wie räumlich an eine solche Regelung anpassen kann.

Empfehlung:

Anpassung auf „in Sichtweite“ von entsprechend berücksichtigten Orten.

- **Konsumverbot in Anbauvereinigungen**
Anbauvereinigungen müssen vom CanG seitens, zum Erhalt einer Anbauerlaubnis, ohnehin Sucht-/Präventionsbeauftragte etablieren. In dieser Folge geforderte Schutz/Präventionskonzepte sind umso weniger effektiv, wenn akut psychotische Symptome in Folge des unmittelbaren Konsums nicht durch geschulte Personen in sicherer Konsumumgebung wahrgenommen werden.
Eine solch sichere Konsumumgebung steigert den Gesundheitsschutz, durch verbesserte Erkennungsmöglichkeiten negativer Konsumfolgen bei KonsumentInnen.



Fortsetzung S. 3 zu §5 Konsumverbot in Anbauvereinigungen
Empfehlung:
Streichung des Konsumverbots in Anbauvereinigungen.

§ 12 Versagung der Erlaubnis

- **200m Abstand von Anbauvereinigungen zu Schulen, Spielplätze etc.**
Der Betrieb von Anbauvereinigungen wird durch diese Regel erschwert.
Anbauvereinigungen werden dadurch in Außenbezirke verbannt, vielerorts ergeben sich darüber nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten in der Standortwahl, wenn überhaupt möglich.

Empfehlung:
Streichung da mit Blick auf neutrale Außendarstelleng (Werbeverbot) und Konsumverbot der Betrieb von Anbauvereinigungen kaum von außen wahrzunehmen sein wird.

§ 16 Mitgliedschaft

- **500 Mitglieder maximal pro Anbauvereinigung**
Die Limitierung auf 500 Mitglieder stellt eine, vor allem aus wirtschaftlicher Perspektive, nachteilige Beschränkung von Anbauvereinigungen dar.

Empfehlung:
Streichen

§ 17 Anforderungen an den gemeinschaftlichen Eigenanbau von Cannabis, Verordnungsermächtigung

- **Mitwirkungspflicht aller Mitglieder beim unmittelbaren Anbau**
Ein großer Teil der an einer Abgabe in Anbauvereinigungen Interessierten, möchte einen möglichst unkomplizierten Zugang zu sauberem legalem Cannabis.
Eine Mitwirkungspflicht wird teils als Hemmnis empfunden, beizutreten.
Auch aus fachlicher Sicht ist es schwierig, einheitliche Qualitätsstandards und dafür notwendige Prozessketten zu etablieren, wenn jeder im Anbau direkt mitwirken soll.

Empfehlung:
Streichung wird empfohlen, da der unmittelbare Zugang zum Anbau einer begrenzten, von der Anbauvereinigung ernannten Personenkreise obliegen sollte.
Behelfsarbeiten rund um den allgemeinen Betrieb der Anbauvereinigung sollten dabei vollständig als Arbeitseinsatz, wenn verpflichtend, gezählt werden.



Fortsetzung S. 4 zu §17 Erlaubter Besitz

- **Ausschließlich Geringfügige Beschäftigungen (Minijobs) in Anbauvereinigungen erlaubt**
Das Verbot sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in Anbauvereinigungen wird oft damit begründet, dass es anders keine EU-Konformität des Gesetzes ergeben würde.
Diese Meinung ist innerhalb der Regierung kein Konsens.

Die Beschäftigung von Teil-/Vollzeitstellen im Anbau wie auch der Vereinsführung/Verwaltung werden einen höheren Professionalisierungsgrad der Anbauvereinigungen ermöglichen und steigern die Zuverlässigkeit in Bezug auf Einhaltung aller vom Gesetzgeber auferlegten Vorgaben.

Empfehlung:

Streichung des Abs. 1

Beauftragung Dritter auszuschließen, stellt nur in Kombination mit dem Vorschlag zur Streichung der Minijob-Grenze bei Anstellungen innerhalb der Anbauvereinigungen, eine tragbare Einschränkung dar.

§ 19 Kontrollierte Weitergabe von Cannabis / §22 Sicherung und Transport von Cannabis und Vermehrungsmaterial

- **Versand sollte ermöglicht werden**
Auf dem Versandwege dürfen allerlei Waren wie betäubungsmittelhaltige Arzneien, legale Drogen, Waffen oder in begrenztem Umfang Gefahrstoffe nach ADR versandt werden.
Insofern ist es nicht verständlich, warum ab Inkrafttreten CanG zum privaten Gebrauch erlaubtes Cannabis in rechtlich legitimen Mengen, nicht ebenfalls versandt werden darf.

Anbauvereinigungen sollen preislich möglichst (deutlich) unter dem Schwarzmarktpreisniveau liegen, um auch darüber Anreize zu schaffen, auf diese legale Form der Eigenversorgung umzusteigen, falls der Eigenanbau allein nicht in Frage kommt.
Kombiniert mit Ü18 Versandoptionen samt Alters-/Identitätsprüfung ist eine rechtssichere Übergabe an Mitglieder von Anbauvereinigungen möglich.

Empfehlung:

Versand sollte erlaubt werden.

Gesonderte Auflagen zur Nutzung nationaler Transportdienstleister ohne das Risiko, dass Sendungen mit Cannabis in internationalen Verteilnetzen bei Fehlroutungen versehentlich ins Ausland ausgeführt werden.

§ 27 Bußgeldvorschriften

- **Bußgelder bis 100000€**
Bußgelder bis (30000/100000€ für teils geringfügige Verstöße möglich, bei zudem weiterhin vorhandener, umfänglicher Strafverfolgung stellen eine existenzielle Bedrohung dar.



Fortsetzung S. 5 zu §27 Bußgeldvorschriften

Empfehlung:

Vorgabe von verhältnismäßigen Bußgeldern in klar geregeltem Bußgeldkatalog bei geringfügigen Verstößen und Schaffung von verschärfenden Umständen um genauen Anwendungsrahmen für höhere Bußgeldbereiche zu vorzugeben.

Mit freundlichen Grüßen
Cannabis Social Club Baden-Württemberg
Oliver Neusser

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)155(4)

nicht gel. VB zur öffent. Anh. am
06.11.2023 - Cannabis
03.11.2023



S·C·M

Selbsthilfennetzwerk - Cannabis - Medizin

Selbsthilfennetzwerk-Cannabis-Medizin

Bahnhofsallee 9

32832 Steinheim

Tel.: 0176-72299530

05233-9537246

E-Mail: sprecherteam@selbsthilfennetzwerk-cannabis-medizin.de

Steinheim, 02.10.2023

Stellungnahme des Selbsthilfennetzwerks Cannabis-Medizin (SCM) zum Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz - CanG)

Inhalt

I.	Grundhaltung des SCM	Seite 1 - 2
II.	Beschreibung der aktuellen Problematik	Seite 2 - 3
III.	Änderungsvorschläge und Forderungen	Seite 3 - 9
IV.	Schlußbemerkung	Seite 9

I.

Grundhaltung des SCM

Das Selbsthilfennetzwerk Cannabis Medizin ist Deutschlands ältester und größter Verband von Cannabispatientinnen und Cannabispatienten. Seit seiner Gründung im Jahr 2006, setzen sich seine Mitglieder für den Einsatz von Cannabis in der Medizin ein und kämpfen für einen niedrigschwolligen Zugang zu einer Behandlung mit Cannabismedizin und für

einen gesellschaftlichen Umgang mit Cannabis, der nicht durch Stigmatisierung und prohibitive und repressive Ansätze gekennzeichnet ist. Wir sind ein Netzwerk kranker Menschen, dessen Mitglieder aufgrund fehlender Behandlungsmöglichkeiten lange Zeit auf eine Behelfstherapie und Selbstversorgung angewiesen waren. Und dies aufgrund anhaltender Problematiken, wie zum Beispiel zu wenigen verschreibenden Ärzten, dem bestehenden Genehmigungsvorbehalt und fehlender Kostenübernahmebestätigung, und zugrundeliegenden Stigmatisierungen in vielen Fällen noch sind. Das CAM-Gesetz markierte einen Wendepunkt. Und ist dabei trotzdem kritisch zu bewerten. Zu viele Patienten, die sich bis zur Entstehung des CAM-Gesetzes jahrelang mittels einer Ausnahmegenehmigung der Bundesopiumstelle als Selbstzahler teuer versorgt haben, stehen aus genannten Gründen heute immer noch ohne verschreibenden Arzt oder eine Kostenübernahme da.

Daher begrüßen wir Schritte zur Entkriminalisierung und Legalisierung. Denn zu viele Menschen wurden in der Vergangenheit rechtlich belangt, weil sie medizinisch un- oder unversorgt waren und Linderung ihrer Symptome suchten. Das SCM kennt die Funktionsweisen und auch die Probleme, die der sogenannte Schwarzmarkt birgt. Wir wissen, dass sehr viele bis heute un- und unversorgte Patient:innen direkt von den Auswirkungen des Konsumgesetzes betroffen sein werden.

II.

Beschreibung der aktuellen Problematik

Der Zugang zu Cannabismedizin ist als *hochschwellig* zu bezeichnen und ist in unserem durch Ungleichheit geprägten medizinischen System in großem Maße abhängig vom Zugang zu Kapital- und Informationsressourcen. Nicht alle dürfen und können aufgrund der zahlreichen Hürden zur Steigerung ihrer Gesundheit¹ und zum Beispiel zur Schmerzlinderung von einer Verschreibung profitieren. Dies hat zur Folge, dass eine überwiegende Anzahl von Verschreibungen im Privatsektor stattfindet. Während viele Menschen, die von einer *Cannabinoidbehandlung* profitieren würden, aber über wenig finanzielle Ressourcen verfügen, keinen Zugang finden. Die Anzahl von Verschreibungen von Cannabismedikamenten zu Lasten gesetzlicher Krankenkassen bewegt sich auf einem niedrigeren Niveau als die Privatverschreibungen für Cannabismedikamente.

Cannabis als Medizin befindet sich durch die bis heute anhaltende gesetzliche Verfolgung von Cannabiskonsumenten und die andererseits seit 2017 bestehende ärztliche Verschreibungsmöglichkeit in einem Spannungsfeld. Und nicht jede Entwicklung, die in diesem Spannungsfeld stattfindet, ist gut. Wir beobachten als Patientenverband einen immer größer werdenden Markt von *Unternehmungen*, die auf Privatarzt- und Selbstzahlerbasis zu horrenden Preisen eine Behandlung mit Cannabismedikamenten anbieten. Leider sind viele Patienten, die keinen verschreibenden Kassenarzt finden, auf solche nicht immer seriös

¹ Entgegen der WHO-Definition von *Gesundheit* (1948): "Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung"

agierenden Unternehmungen angewiesen, können sich aber teure Behandlungen als Selbstzahler nicht leisten. Die jetzige Gesetzeslage sorgt also nicht nur für Profiteur:innen auf dem Schwarzmarkt und einem sich entwickelt habenden grauen Markt, sondern auch für viele Verlierer:innen unter Cannabispatient:innen.

Ohne Frage ist es wünschenswert, wenn Ärzte im Bereich für Privatpatienten und Selbstzahler sich auf Cannabis als Medizin spezialisieren können und Patient:innen eine Therapie anbieten. Firmen und Privatärzte, die mit der *legalen Verschreibung* von Cannabis werben, bieten diese Dienste aber nicht selten teuer an. Regelhafte medizinische Versorgung sollte allerdings nicht vom Geldbeutel abhängig sein, während von unversorgten Patient:innen individuell unternommene Schritte zu einer Behelfstherapie kriminalisiert werden. Das Geschäftsgebaren fragwürdiger Unternehmungen für Selbstzahler und Privatpatienten im Cannabis-als-Medizin-Bereich, der sich immer mehr von einem Medizinalmarkt hin zu einem *Adult-Market* entwickelt, hinterfragen wir.

Als Verband von CannabispatientInnen begrüßen wir die Liberalisierung des Freizeitkonsums, sorgen uns aber um eine möglicherweise noch schlechter werdende Versorgung von Patient:innen. Denn diese warten schon lange auf Verbesserungen. Allerdings beobachten wir in gesellschaftlichen Debatten immer wieder, dass Patient:innen gegen Konsumenten und die legale Anwendung von Cannabis als Medizin gegen die Entkriminalisierung und Legalisierung von Cannabis ausgespielt wird. Wir als Verband von Cannabispatienten lehnen solch ein Auspokern einer besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten gegen eine gesellschaftliche Liberalisierung des Umgangs mit Cannabis aber ab.

Wir begrüßen zukünftige Möglichkeiten un- und unversorgter Patient:innen, sich zur Durchführung einer Behelfstherapie selbst versorgen zu können, streiten aber für das Ideal, dass Patient:innen auf solche Notstandslösungen nicht angewiesen sind und eine reguläre Therapie erhalten. Falls eine individuell durchgeführte Behelfstherapie zukünftig in einem legalen Rahmen mit angewandtem Patient:innenschutz wenigstens durch Ärzt:innen begleitet werden könnte, wäre dies ein großer Fortschritt. Idealerweise jedoch sollten Patient:innen innerhalb des Gesundheitssystems medizinisch versorgt werden und nicht auf solche Notbehelfe zurückgreifen müssen.

Daher fordern wir dazu auf, endlich maßgebliche Verbesserungen für Cannabispatient:innen auf den Weg zu bringen. Denn es könnte eine wesentlich größere Anzahl von Menschen durch eine Behandlung mit Medizinalcannabis profitieren.

III.

Änderungsempfehlungen

Vorbemerkung

Als Patientenverband beschränken wir uns in unseren Empfehlungen und Forderungen vor allem auf die Aspekte des CanG, MedCanG und KCanG, die Patient:innen direkt betreffen. Es gibt eine Vielzahl von Stellungnahmen anderer Fachverbände zu den schweren handwerklichen Fehlern des CanG, die zu beachten sind. Als SCM verweisen wir besonders

auf die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin (ACM e.V.). Ebenfalls zu beachten ist das jüngste Positionspapier der großen, im Medizinalcannabisbereich tätigen Verbände², an welchem sich auch das SCM beteiligt hat und in dem gemeinsam dringliche Hinweise und weitreichende Änderungsvorschläge formuliert wurden. Wir hoffen, dass die Stimmen dieser und anderer direkt mit dem Thema verbundenen Verbände und Organisationen, die eine progressive Drogenpolitik befürworten, Gehör finden. Und, dass die Empfehlungen zugunsten eines besseren Gesetzes und einer zukünftigen Cannabispolitik, die nicht durch prohibitiven und strafenden Charakter gekennzeichnet ist, gehört werden.

Unsere nachträglich ausgeführten Forderungen sind:

Liberalisierung und Emanzipation statt Prohibition und strafendem Gesetzescharakter
Forderung nach einem Runden Tisch
Implementierung von Patientenschutz und Harm Reduction in Säule I und Säule II
Keine Ennahmeverbote
Edibles und Extrakte erlauben
Unnötige Strafvorschriften streichen
Spezifische Bedürfnisse von Patienten respektieren
Verzicht von Besitzbeschränkungen
Realistische Abgabebeschränkungen
Anerkennung und Förderung der Kultivierung von Hanf als Hobby und Handwerk
Berücksichtigung der Belange von Kranken und Behinderten

Liberalisierung und Emanzipation statt Prohibition und strafendem Gesetzescharakter

Das SCM ist erfreut über jeden Schritt hin zu einer progressiven Drogenpolitik. Und trotz der vielen Schwächen der Gesetzentwürfe, bedeutet das CanG gegenüber dem jetzigen Zustand einen Meilenstein. Aber es ist zu konstatieren, dass der alte prohibitive und strafende Charakter des BtmG sich leider auch durch das CanG zieht. Es wurden widersprüchlicherweise, Cannabis soll ja eigentlich nicht mehr Bestandteil des BtmG sein, viele Elemente des BtmG übernommen, die eine weitere Diskriminierung von Cannabiskonsument:innen und Cannabispatient:innen bedeuten. § 29 BtmG zum Beispiel findet sich nahezu unverändert in § 25 MedCanG wieder. Demgegenüber sind die erlaubten Ausnahmen für das sogenannte Genusscannabis, die den sehr eingeschränkten Besitz, die Abgabe in Vereinigungen und den Eigenanbau betreffen, zu kleinteilig und zu korsethaft gedacht und zeichnen sich durch eine große Portion Paternalismus aus, die die Mündigkeit erwachsener Bürger in Abrede stellen und die ungeeignet sind, die Stigmatisierung von Cannabis gebrauchenden Menschen weitgehend zu beenden. Dies und weitere im Ankündigungsprozess formulierte Ziele, wie die Bekämpfung des Schwarzmarkts, sind gegenüber einem alten, aufrecht erhaltenen Wunsch nach Verbot und Bestrafung nach hinten getreten.

Runder Tisch

Im Anschluss an die Implementierung von *Säule I* sollten die konstruktiven Vorschläge zur Ausgestaltung machenden und stark mit der Thematik befassten Verbänden in weitere Schritte einbezogen werden. Darum fordern wir eine zeitnahe Einberufung eines *Runden Tisches* zur Zukunft von Cannabis als Medizin in Deutschland. Ebenso fordern wir als mit dem Thema *Patientenschutz* in all seinen Dimensionen befasster Verband, dessen Mitglieder über lange Jahre viel Erfahrung und Kenntnis zu den mit Cannabis verbundenen gesellschaftlichen Implikationen erworben haben, in die Konsultationen zur geplanten *Säule II* eingebunden zu werden.

Implementierung von Patientenschutz und Harm Reduction in Säule I und Säule

Profitieren durch eine progressive neue Gesetzgebung sollten auch jene, die Cannabis seit Jahren aus medizinischen Gründen nutzen, aber zum Beispiel aufgrund von Vertrauensverlust in das medizinische System, oder weil sie aus verschiedenen Gründen nie Vertrauen aufbauen konnten, nicht immer an das wenig niedrigschwellige Gesundheitssystem angekoppelt sind. Angesichts der beschriebenen bestehenden Unterversorgung, befürchten wir als Patientenverband nicht nur, vielmehr wissen es, dass un- und unversorgte Patienten nach den gegebenen Möglichkeiten der Säule I und Säule II Möglichkeiten nutzen werden, um sich mit Cannabisprodukten für eine medizinisch intendierte Behelfstherapie zu versorgen. Statt das, was passieren wird, durch praxisuntaugliche rechtliche Abgrenzungen und Einschränkungen verhindern zu wollen, was nicht funktionieren kann, fordern wir den Gesetzgeber auf, diesen Bedenken durch angemessene Berücksichtigung Sorge zu tragen und *Patientenschutz* zu angemessen zu berücksichtigen.

Da auch unversorgte Patient:innen Möglichkeiten der legalen Versorgung für den „*Freizeitkonsum*“ nutzen werden, um sich selbst zu therapieren, sollte der medizinische Gebrauch nicht durch den Gesetzgeber verleugnet werden, sondern unter den Gesichtspunkten Patientenschutz und Harm Reduction auch in Anbauvereinigungen und eventuell späteren Fachgeschäften nach dem Modell der zweiten Säule berücksichtigt werden. Zum Beispiel in Form möglicher Beratung durch mit der Materie befasste Personen und Information. Würde *Patientenschutz* betont werden, könnten Möglichkeiten entstehen, dass solche Menschen wieder an das medizinische System andocken. Um eventuell verlorenes Vertrauen wieder aufzubauen und um solche Personen mit ihren lebensweltlichen Problemen nicht allein zu lassen und sie zu informieren. Vor Ort, in nach Säule I und Säule II geplanten Modellen, sollte nach dem Dafürhalten des SCM regelmäßig erreichbares Beratungspersonal tätig sein, das Kenntnisse über die medizinische Verwendung von Cannabis hat. Neben vor Ort verfügbaren Informationen für Patienten über die medizinische Verwendung.

Keine Einnahmeverbote

§ 24 MedCanG und der Verweis auf die Gültigkeit von § 5 KcCanG stellt Patient:innen bezüglich der *inhalativen Einnahme von Medizinalcannabis* mit Konsument:innen gleich.

wodurch die Inhalation von Medizinalcannabis in der *Öffentlichkeit* oder auch im *Arbeitskontext* verboten wird, was in einer weiteren Ungleichbehandlung von Cannabis zu anderen Rx-Arzneimitteln münden und Cannabispatient:innen diskriminiert. Wir fordern, die im § 5 KCanG angedachten *harschen* Konsumverbotszonen zu überdenken und nur zu Öffnungszeiten genannter Einrichtungen auf die unmittelbare Nähe und deutliche Sichtbarkeit zu beschränken. Auch durch Änderungen des Bundesnichtraucherschutzgesetzes (Artikel 8 CanG) und der Arbeitsstättenverordnung (Artikel 10 CanG) werden verdampfte Cannabisprodukte bzw. Cannabiserzeugnisse mit Tabak- und Nikotinprodukten gleichgesetzt, wodurch Cannabispatient:innen die Einnahme ihrer Medizin ebenfalls erschwert wird.

Darum fordert das SCM, die Einnahme von Medizinalcannabis von jeglichen angedachten Konsumverboten auszunehmen. Patienten:innen sind von jeglichem Konsumverbot auszunehmen, das für sie ein Einnahmeverbot ihrer Medizin darstellt und sie in ihrem Recht auf körperliche Unversehrtheit diskriminiert. Daher sollte Paragraph § 24 MedCanG ersetztlos gestrichen und von Einnahmeerschwerissen aufgrund der Arbeitsstättenverordnung oder dem Bundesnichtraucherschutzgesetz ausgeklammert werden. § 5 KCanG sollte in seiner bezüglich angedachter Konsumverbotszonen unnötigen Kontrollzwang aufrechterhaltenen Schärfe gestrichen werden.

Edibles und Extrakte erlauben

Das CanG sieht in § 21 (1) ein Abgabeverbot von der oralen Konsumform *Edibles* vor. In § 2 (2) wird ein Verbot für die Extraktion von Cannabinoiden formuliert. Das SCM ist der Meinung, dass die Herstellung von Extrakten und Edibles zur Abgabe gesetzlich erlaubt sein muss. Es ergibt keinen Sinn, dass die Abgabe in einer Form, die eine risikoarme Konsummöglichkeit darstellen kann, nicht erlaubt werden soll. Einschränkungen, die geeignet sind, den Schwarzmarkt zu stärken und Ansätzen von Harm Reduction entgegenstehen, lehnen wir daher ab. Auch, da sich aufgrund der prohibitiven Situation bereits nun ein *Graumarkt* im Medizinalcannabisbereich ausbildet, solche und andere Einschränkungen begünstigen diese Entwicklung.

Darum fordert das SCM, dass das Extraktionsverbot nach § 2 (2) und die Abgabeverbote für Edibles nach § 21 (1) gestrichen werden.

Unnötige Strafvorschriften streichen

Wir fordern die ersatzlose Streichung der Strafvorschriften in § 26 MedCanG, die den Erwerb von medizinischem Cannabis durch unrichtige Angaben, § 25 (1) 1. oder den Erwerb ohne Erlaubnis, § 25 (1) 3.h) betreffen. Wir verweisen auf das bereits genannte Verbändepapier zum CanG, in dem ebenfalls weitgehende Vorschläge gemacht wurden³.

³ Aus dem gemeinsamen Positionspapier der Verbände: "Die an § 29 Abs. 1 Nr. 9 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) angelehnte Strafvorschrift für unvollständige Angaben zum Erlangen einer Verschreibung sollte gestrichen werden. Sie widerspricht der geplanten Herausnahme von Cannabis aus dem Betäubungsmittelgesetz und steht in klarem Widerspruch zu der geplanten Definition des zukünftigen Status. Anders als das Betäubungsmittelrecht kennt das Arzneimittelrecht keine vergleichbare Vorschrift, nach welcher das Erschleichen einer Arzneimittelverschreibung selbst inkriminiert wäre. Soll Medizinalcannabis nunmehr wie auch andere verschreibungspflichtige Arzneimittel behandelt werden, so verbietet sich ein solch systemfremder

Ebenfalls sollte es privat erlaubt sein, Cannabis für den privaten Gebrauch zu medizinischen Zwecken anzubauen. Daher fordert das SCM auch die ersatzlose Streichung von § 25 (1) 3.a) und b). Eine private Einfuhr von medizinischem Cannabispräparaten aus Nachbarländern, die oftmals erheblich niedrigere Preise bei Blüten und Extraktten bieten, sollte Patienten ebenfalls möglich sein. Daher fordern wir die Streichung der Formulierung „*einführt*“ in § 25 (1) 3.h). Allgemein stellt sich die Frage, ob die aus dem Betäubungsmittelrecht übernommenen Strafvorschriften bei medizinischem Cannabis nicht komplett auf den Prüfstand gestellt werden sollten - was der Haltung des SCM entspricht. Denn das SCM sorgt sich darum, dass ein nun auf Patienten lastender Nachweis- und Kontroldruck bestehen bleibt. 25 g Cannabis soll zwar straffrei sein, der Besitz von offiziellem Medizinalcannabis ist aber weiterhin an Bedingungen geknüpft und setzt Cannabispatient:innen weiterhin Stigmatisierung und Kontroldruck aus.

Wir fordern den Verzicht auf Besitzbeschränkungen, wir fordern realistische Abgabemengen und die Ermöglichung der Vorratshaltung

Eine individuell durchgeführte und realistische Vorratshaltung zur Bedarfsdeckung muss rechtlich möglich sein. Zu beachten ist, dass dieser Bedarf größer oder kleiner sein kann. In seinem benötigten Bedarf, der auch medizinisch intendiert sein kann, sollte niemand beschnitten werden. Der Gesetzgeber sieht nach § 3 (1) CanG vor, dass eine erwachsene Person maximal 25 g Cannabisblüten oder Cannabisharz auf einmal besitzen darf. Anbauvereinigungen dürfen demzufolge nur 25 g auf einmal abgeben, maximal 50 g im Monat. Möchte jemand eine angenommene Menge von 75 g im Monat für den eigenen Konsum oder den anderer ihm bekannter Menschen besitzen, so könnte er diesen Bedarf legal nur über zwei Etappen in einer Abgabestelle und eine angenommene ihm nach § 3 (1) zugestandene Ernte von zusätzlichen 25 g decken. Wir können nachvollziehen, dass seitens des Gesetzgebers der Bedarf gesehen wird, den Eigenanbau zu regulieren. Wenig kontrollierbare Überregulation und Beschneidung aber, die praktisches und zielführendes Arbeiten unmöglich machen, lehnen wir als Patientenverband ab. Nachhaltige und klimaschützende Bedarfsdeckung und Vorratshaltung muss möglich sein. Auch Menschen, die einer höheren Menge aus Gründen des Freizeitkonsums oder aus medizinischen Gründen bedürfen, müssen ihren Bedarf legal bestreiten können. Was dem übergeordneten Ziel der Legalisierung, der Zurückdrängung des Schwarzmarkts zuträglich ist.

Sonderstrafatbestand. Es besteht ausreichender Schutz vor der unkontrollierten Abgabe von Medizinalcannabis, indem § 25 Abs.1 Nr. 2 MedCanG die Abgabe ohne ärztliche Verschreibung unter Strafe stellt. Gleiches gilt für die bestehende Strafvorschrift aus dem Arzneimittelrecht, wonach ebenso eine Abgabe unter Verstoß gegen die Verschreibungspflicht strafbewehrt ist (§ 96 Nr. 13 Arzneimittelgesetz (AMG). Auch aus anderen Gründen ergibt sich kein weiteres Strafbedürfnis. Dient das Erschleichen einer Verschreibung dem Zweck der späteren unerlaubten Abgabe oder dem unerlaubten Handel mit Medizinalcannabis, so sind diese nachgelagerten Verhaltensweisen sowohl gem. § 25 Abs.1 Nr. 3 MedCanG als auch gem. § 95 Abs. 1 Nr. 4 AMG separat strafbewehrt. Sozialrechtlichen Erwägungen ist daher ohne neue gesetzliche Vorgaben ausreichend Rechnung getragen, da ein Erschleichen einer Verschreibung zu Lasten eines Kostenträgers als Betrugsstraftat verfolgt wird. Es gibt nach der Herausnahme aus dem BtMG keinen Grund, bestehende widersprüchliche Passagen beizubehalten, die das MedCanG in ein Betäubungsmittelgesetz 2.0 verwandeln und Medizinalcannabispatient:innen weiterhin unter den Generalverdacht der Rezepterschleichung für ein Betäubungsmittel stellen. Strafvorschriften in Fortführung des Betäubungsmittelgesetzes lehnen die an dieser Erklärung beteiligten Fachverbände daher ab und fordern die ersatzlose Streichung der Strafvorschrift für unvollständige Angaben zum Erlangen einer Verschreibung in § 25 Abs. 1 Nr. 1 MedCanG.“ <https://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/wp-content/uploads/2023/09/Verbaendepapier-MedCanG-10-Punkte-Plan-2023-09-27.pdf>

Daher fordern wir den Gesetzgeber auf, auf Schritte zu verzichten, die dieses Vorhaben verhindern und die geplanten Besitz-, Ernte- und Abgabebeschränkungen zu überdenken.
Wir fordern, auf Beschränkungen vor allem des privaten Besitzes zu verzichten. Oder zumindest, größere Abgabemengen, größere Besitzmengen, Vorratshaltung und größere Erntemöglichkeiten gesetzlich erlaubt werden und § 3(1) und § 19 (3) CanG entsprechend angepasst werden, sowie die Mengeneschränkung auf drei Pflanzen in § 9 (1) gestrichen bzw. angepasst wird.

Das Gesetz muss auch den spezifischen Bedürfnissen von Patienten Rechnung tragen. Eigenanbau und der Besitz einer Erntemenge aus Eigenanbau zur Durchführung einer Behelfstherapie müssen vollumfänglich erlaubt sein.

Wir fordern, den Anbau für die individuelle medizinische Selbstversorgung zur Durchführung einer Behelfstherapie freizugeben. Denn zwar setzt sich das SCM zuvörderst für eine systemisch regelhafte medizinische Versorgung und für den niedrigschwälligen Zugang zu Cannabismedizin ein. Als Patientenverband können wir aber keinen gesellschaftlichen Nutzen in der Verhinderung eines persönlichen, individuellen und medizinisch intendierten Anbaus von Cannabis für die individuelle medizinische Behelfs- und Selbstversorgung erkennen. Sollte an den vom Gesetzgeber geplanten Beschränkungen im Eigenanbau festgehalten werden, wovon wir abraten, so fordern wir, dass Menschen, die Cannabis für den medizinischen Zweck zur Durchführung einer Behelfstherapie für sich selbst kultivieren möchten, es vollumfänglich und straffrei erlaubt sein muss, dies zur Deckung ihres jeweiligen spezifischen Bedarfs durchzuführen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf die in der Stellungnahme der ACM e.V. enthaltene Forderung zu diesem Komplex.

Wir fordern realistische und nicht zu starke Einschränkungen für den Eigenanbau und die Anerkennung und Förderung der Hanfzucht als Hobby und Handwerk

Wir möchten an dieser Stelle bemerken, dass die Hanfzucht nicht nur auf die Bedarfsdeckung zu reduzieren ist. Sie ist auch gärtnerisches Handwerk und Hobby, das viele Menschen, so wie das Gärtnern von Obst und Gemüse, nicht nur zur Bedarfsdeckung durchführen, sondern auch als wohltuende Freizeitbeschäftigung betrachten. Dass deutsche Bürger in der Ausübung eines Hobbies bis zur Verunmöglichung eingeschränkt werden sollen, können wir nicht nachvollziehen. Denn der vorliegende Gesetzentwurf, der biologische Gegebenheiten ignoriert, wir verweisen in diesem Zusammenhang auf das vorgeschlagene "sukzessive soweit ernten", so dass die Erntemenge jeweils 25 g nicht überstiegen wird, ist unrealistisch und entspricht eben nicht den botanischen Zwängen und Gegebenheiten.

Eine Limitierung auf maximal drei Pflanzen im Eigenanbau, wie es § 9 (1) CanG vorsieht, wird den verschiedenen existierenden Anbaumethoden nicht gerecht, noch nachhaltigem Arbeiten. Auch wäre so kein ehrgeizig gedachtes Zuchtvorhaben umzusetzen. Warum aber sollte ein Hobby, dass viele Menschen weltweit betreiben, in Deutschland nur unter strengen und verunmöglichen Begrenzungen, die einer freien Gesellschaft unwürdig sind, erlaubt sein? Das SCM schlägt daher für den privaten Anbau zuhause im Indoor-Bereich eine durch den Gesetzgeber zu erlaubende Anbaufläche von mindestens 3*3m² pro Person vor. Draußen, im Garten, sollte zur Deckung des Jahresbedarfs eine Anbaufläche von 5*5qm

gestattet sein. In dem Wissen, dass es Menschen gibt, die größere Mengen als andere konsumieren, fordern wir den Gesetzgeber auf, Menschen mit einem höheren Bedarf nicht weiterer Kriminalisierung und dem Zwang zur illegalisierten Bedarfsdeckung auszusetzen.

Berücksichtigung der Belange von Kranken und Behinderten

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Anbauvereinigungen ihr Cannabis nicht auf dem Postweg versenden dürfen, die Mitglieder müssen sich ihre Abgabemenge persönlich vor Ort abholen. Mitglieder von Anbauvereinigungen, die auch behindert und krank oder anderweitig verhindert sein könnten, müssen aber zum Bezug die Abgabestelle der Anbauvereinigung aufsuchen, da sie laut Gesetzestext auch keine Vertreter schicken dürfen. Das SCM fordert an dieser Stelle Nachbesserung, eine Ermöglichung der Versendung auf dem Post- oder Kurierweg und keine Diskriminierung kranker und behinderter Menschen. Mitgliedern sollte es bei persönlicher Abholung gestattet sein, ihren vollen Monatsbedarf in einem Gang zur Abgabestelle der Vereinigung nach Hause mitzunehmen. Das SCM sieht keinen Grund, dass Menschen durch unnötige Maßnahmen gegängelt werden sollten.

IV.

Schlußbemerkung

Als Patientenverband, von dessen Mitgliedern sehr viele die negativen Folgen des Verbots von Cannabis am eigenen Leib erlebt haben und noch erleben, setzt das SCM große Hoffnung in die unternommenen Schritte zur Liberalisierung von Cannabis. Und darauf, dass von Seiten des Gesetzgebers aus bezüglich der von uns und vielen weiteren Verbänden genannten Schwachpunkte nachgebessert wird. Denn das jetzige Vorhaben war längst überfällig. Um aber erfolgreich zu sein, darf das Gesetz keine unnötigen und ohnehin schwer kontrollierbaren, zu starken Einschränkungen enthalten, gleichzeitig müssen endlich Verbesserungen im Medizinalcannabisbereich erfolgen.

Im Namen des Patientenrats des SCM:

Gero Kohlhaas

(Sprecher des SCM)

gero.kohlhaas@selbsthilfenetzwerk-cannabis-medizin.de

Maximilian Plenert

(Sprecher des SCM)

max.plenert@selbsthilfenetzwerk-cannabis-medizin.de

Positionspapier zum Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG)

Die PublicTech Solutions UG bietet eine **digitale Lösung für eine geordnete Legalisierung von Cannabis** und zur Kontrolle der gesetzlichen Vorgaben. Um die Regelungen im bestehenden Entwurf des CanG effektiv und effizient umzusetzen, muss eine digitale Kontrollmöglichkeit zur Überprüfung des Besitzes von Cannabis eingeführt werden. Wir fordern dazu:

- Das Schaffen einer gesetzlichen Grundlage zur Ermöglichung einer digitalen Kontrolle von Cannabisbesitz und -konsum
- Die Einführung eines entsprechenden zentralen und gleichzeitig niedrigschwelligen Kontrollmediums in Form einer App nach Vorbild des digitalem Impf- und Testzertifikats CovPass

Fehlende Regelung zur Kontrolle von Cannabis-Besitz und -Konsum

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Legalisierung von Cannabis (CanG) sieht vor, dass Cannabis durch Anbauvereinigungen an ihre Mitglieder abgegeben werden kann. Dabei gelten definierte Voraussetzungen wie die maximal erlaubte abzugebende Menge, das Mindestalter der Erwerbenden und der maximale THC-Gehalt im Produkt. Der Entwurf des CanG definiert jedoch keine Regelungen zur Überwachung der Einhaltung der Voraussetzungen. Zuständige Behörden und Justiz haben dahingehend bereits Bedenken geäußert und warnen vor einer erheblichen Zusatzbelastung sowie gesteigerten Kosten.

Digitalisierung nutzen

Um einen gesteigerten Arbeitsaufwand sowie Zusatzkosten bei den zuständigen Behörden durch die ungeregelte Kontrolle der Einhaltung des CanG zu vermeiden, müssen schnell und effizient niedrigschwellig nutzbare Hilfsmittel etabliert werden. Digitale Lösungen in Form von Apps, wie das das Impf- und Testzertifikat CovPass sind dazu das Mittel der Wahl. Solche zentral genutzten Anwendungen garantieren einen rechtssicheren und überprüfbarumgang mit Cannabis. Außerdem wird Missverständnissen beim Mitführen hoher Mengen Cannabis nach kürzlich erfolgter Abholung in der Anbauvereinigung vorgebeugt und unnötiger Aufwand vermieden. Durch ihre einfache Handhabung entlasten solche App-Lösungen Behörden und Justiz und verringern administrative Vorgänge.

Etablierung einer gesetzlichen Grundlage sowie angemessener Qualitätsstandards

Im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens sollte daher eine gesetzliche Grundlage für die Einführung eines zentralen, digitalen Ausweises für die Mitglieder von Cannabis-Anbauvereinigungen geschaffen werden. Ein solcher Ausweis sollte ISO-zertifiziert und mit der Datenschutzgrundverordnung im Einklang sein. Über einen solchen Pass kann die Legitimität des Cannabisbesitzes jederzeit und unkompliziert den Behörden nachgewiesen werden. Im Falle einer rechtswidrigen Aktivität, kann auf richterliche Anordnung, Personen unverzüglich das EUCFC und somit die Mitgliedschaft entzogen werden.

Kontakt

Mail: info@eucfc.de
Festnetz: 030 585 828 313
Mobil: +49172 3993393

PublicTech Solutions UG (i.G.)
Kastanienallee 74
10435 Berlin

**STELLUNGNAHME
DER DEUTSCHEN PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG (DPtV)
ZUM KABINETTSBESCHLUSS**

GESETZ ZUM KONTROLLIERTEN UMGANG MIT CANNABIS UND ZUR ÄNDERUNG WEITERER VORSCHRIFTEN - KCang

Bundesvorstand
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

BERLIN, DEN 03.11.2023

A. Allgemeine Bewertung:

Die bedingte Entkriminalisierung und die Erlaubnis von eingeschränktem Besitz von Cannabis sind ein erster Schritt, um die bisherige Drogenverbotspolitik aufzugeben. Benötigt wird jedoch eine grundlegende neue Ausrichtung in der Drogen- und Suchtpolitik. Aus Sicht der DPtV muss eine Legalisierung von Cannabis mit einer Stärkung der Prävention von Substanzmissbrauch einhergehen. Die Einführung eines kontrollierten Umgangs mit Cannabis sollte durch empirische Forschung begleitet werden, um darauf aufbauend die Drogen- und Suchtpolitik zukünftig neu auszurichten.

Die Anzahl an Cannabiskonsumierenden sowohl der Altersgruppe der 12-17 Jährigen als auch der 18- 25 Jährigen stieg in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich an.ⁱ Die derzeit illegale Beschaffung ist mit zusätzlichen gesundheitlichen Risiken durch verunreinigte Cannabisprodukte oder synthetisch hergestelltes Cannabis verbunden. Die bisherigen Versuche des Gesetzgebers, durch strafrechtliche Sanktionierung und Verfolgung, den Cannabiskonsum einzuschränken oder zu verhindern, waren wirkungslos. Es wird seitens der DPtV begrüßt, dass die immensen Kosten der Strafverfolgung von erwachsenen Cannabiskonsumenten eingespart werden sollen und Potenziale in der Justiz für andere Zwecke freigesetzt werden können.

Dies ist nach Auffassung der DPtV nur sinnvoll, wenn die eingesparten Kosten für die Suchtprävention und Behandlung von Suchterkrankten aufgewendet werden. Weiterhin sollten die eingesparten Kosten für Forschungsvorhaben verwendet werden.

Es wird an dieser Stelle nicht verkannt, dass Cannabis eine Droge ist, die erhebliche Risiken für die psychische Gesundheit birgt und nicht bagatellisiert werden darf. Ein früher Konsumbeginn, langjähriger bzw. wöchentlicher oder nahezu täglicher Cannabisgebrauch erhöhen das Risiko für Angststörungen, Depressivität, Suizidgedanken, bipolare Störungen und psychotische Störungen. Das Risiko für psychische Störungen erhöht sich bei primärem Cannabiskonsum in Abhängigkeit vom Einstiegsalter und der Konsumintensität um den Faktor 1 bis 3.ⁱⁱ

Hervorgehoben werden soll an dieser Stelle, dass es für die psychotherapeutische Versorgung keinen Unterschied macht, ob die Substanz zu einer körperlichen Abhängigkeit oder zu einer psychischen Abhängigkeit führt, da vordergründig die psychische Abhängigkeit behandelt wird.

Dennoch zeigen die Statistiken deutlich, dass die strafrechtliche Sanktionierung keine Wirkung gezeigt hat. Der Schwerpunkt im Gesetzgebungsverfahren sollte neben der Änderung der Strafvorschriften daher auf Suchtprävention und Verbesserung der Suchtbehandlung gelegt werden.

Vor allem Präventionsprogramme, die in anderen europäischen Staaten bereits sehr erfolgreich eingeführt wurden, sind auch in Deutschland anzustreben. Das isländische Präventionsprogramm „Natural high“ ist ein erprobtes Modell, um gefährdete Konsumenten auf Dauer davon abzuhalten, Substanzen einzunehmen, die mit einem hohen Suchtrisiko behaftet sind.

Die bisher im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Suchtprävention greifen nach Ansicht der DPtV zu kurz und werden nicht ausreichen, vulnerable Gruppen und Hochrisikogruppen vom Cannabiskonsum abzuhalten.

Der Gesetzgeber hätte mit der Regulierung des Cannabiskonsums außerdem die Chance, Verbesserungen in der Behandlung von Abhängigkeiten durch einen besseren Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich anzustoßen und eine Überprüfung, Anpassung und Modernisierung der hierin involvierten professionellen Strukturen vorzunehmen.

Nach Auffassung der DPtV fehlen entsprechende Maßnahmen im Gesetzesvorhaben. Die DPtV regt an dieser Stelle eine Nachbesserung des bisherigen Entwurfs an.

Das Gesetzgebungsverfahren birgt zusätzlich das Potential, auch einige der sozialen Missstände in Deutschland, die durch den unregulierten Gebrauch von Cannabis und weiteren Drogen entstanden sind, abzumildern. Begrüßt wird die vorgenommene Entkriminalisierung, zu der auch die geplante Löschung von bereits begangenen Straftaten aus dem Bundeszentralregister (BZR) gehört. Die Eintragungen im BZR wirken sich nachteilig auf Arbeitslosigkeit, damit verbundene Lebensperspektiven und Therapieerfolge aus.

Die DPtV befürwortet die Regelungen zur Löschung.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen:

1. Altersbegrenzung für straffreien Besitz von Cannabis, Artikel 1- §§ 3, 5, 16, und 19 KCanG)

Der erlaubte Besitz und Konsum gilt für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Die kontrollierte Abgabe innerhalb von Anbauvereinigungen sieht vor, dass an Mitglieder, die zwischen 18 und 21 Jahren alt sind, die Menge auf 30 Gramm pro Monat begrenzt ist (anstatt 50 Gramm für über 21-Jährige). Weiterhin soll für 18–21-Jährige ein THC Gehalt von 10 Prozent gelten, § 19 KCanG.

Das generelle Verbot für unter 18-Jährige wird seitens der DPtV begrüßt. Die Risiken für die psychische Gesundheit bei Cannabiskonsum fallen in der Regel um so höher aus, je geringer das Konsumalter und je höher die Konsummenge sowie der THC-Gehalt sind. So konnte in Langzeitstudien mit hochauflösenden MRT-Geräten inzwischen nachgewiesen werden, dass die Myelinisierung der Nervenzellen bei langjährigem Gebrauch zu gering ausfällt. Neben der Myelinisierungsstörung ist im Vergleich zu Nichtkonsumenten die Sterberate um ein vierfaches erhöht. Hinzu kommen schwere Krankheitsverläufe mit irreversiblen Psychosen. Da Patienten mit sehr schweren Krankheitsverläufen häufig weder eine Krankheitseinsicht haben noch gesundheitlich in der Lage sind, an Studien teilzunehmen, liegen keine belastungsfähigen Statistiken darüber vor. Die betreuungsrechtliche Situation zeigt jedoch, dass Betroffene mit erheblichen sozialen Belastungen zu kämpfen haben, von der mangelnden sozialen Unterstützung bis hin zur dauerhaften Erwerbsminderung und fehlenden sozialen Eingliederung.

Eine Abgabe von Cannabis an Minderjährige oder der Zugriff auf Drogen durch Minderjährige muss aus diesen Gründen bestmöglich ausgeschlossen und verhindert werden. Das Verbot für unter 18-Jährige ist daher sachgerecht. Dass in dem jetzigen Gesetzesentwurf Verstöße gegen die Abgabe an Minderjährige sanktioniert bleiben, wird seitens der DPtV begrüßt.

Der THC-Gehalt muss für junge Erwachsene (18-21. Lebensjahr) grundsätzlich auf einen THC-Höchstwert von 10 Prozent begrenzt werden. Darüber hinaus halten wir die Eingrenzung des THC-Gehalts auch für die über 21 Jährigen Konsumenten für wünschenswert. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass ab einem THC-Höchstwert von 10% die Risiken für psychische Erkrankungen, insbesondere psychotische Erkrankungen steigen. Die Begrenzung des THC-Höchstwertes erscheint daher aus psychotherapeutischer Sicht sachgerecht und richtig.

2. Artikel 1- zu den §§ 6, 21 und 23 KCanG, Allgemeines Werbe- und Sponsoring-verbot:

Das Werbeverbot im Gesetzesentwurf wird im Hinblick auf die Suchtprävention seitens der DPtV begrüßt.

Bereits im Rahmen des Tabakwerbeverbots hat sich gezeigt, dass insbesondere Kinder und Jugendliche empfänglich auf entsprechende Werbung reagieren. Die Zahl der Länder, die Werbeverbote für Tabak oder andere legale Drogen eingeführt haben, steigt deswegen kontinuierlich an. Aufgrund der ausgehenden Gefahren für Minderjährige und junge Erwachsene sollte das Werbeverbot aufrecht erhalten bleiben.

3. Artikel 1- zu § 7 Frühintervention:

Im Rahmen der Frühintervention sollen Polizei und Ordnungsbehörden in bestimmten Fällen die Personensorgeberechtigten informieren können. Das Jugendamt muss unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten darauf hinwirken, dass Kinder und Jugendliche geeignete Frühinterventionsprogramme in Anspruch nehmen.

Aufgrund der gesundheitlichen Gefahren, die sich sehr unterschiedlich -je nach dem Alter und dem neuronalen Entwicklungsstadium- auswirken, hat der Kinder- und Jugendschutz Priorität. Wie aus den Präventionsprogrammen anderer europäischer Länder bekannt ist, kann schon das Hinauszögern des ersten Alkoholkonsums eines Kindes einen großen Unterschied machen. Die Einbeziehung des häuslichen Umfelds muss in Präventionskampagnen besonders betont werden.

Die Regelung in § 7 wird deswegen befürwortet.

Begrüßt wird auch die Formulierung, dass das Jugendamt darauf hinzuwirken „hat“ und eine Ermessensentscheidung der Behörde somit entfällt.

4. Artikel 1- zu § 8 Suchtprävention:

Cannabisbezogene Aufklärung und Prävention sollte besonderen Schwerpunkt erhalten und zielgruppenspezifisch sein. Besonders hervorzuheben sind Kinder und Jugendliche als „Frühkonsument*innen“ und Hochrisikogruppen.

Vor allem die zielgruppenspezifische Prävention wird im bisherigen Entwurf seitens der DPtV vermisst.

Aus fachlicher Sicht braucht es für Prävention spezifische Beratungsstellen, die niedrigschwellig erreichbar sind; schwerpunktmäßig auf digitalen Medien.

Die Einrichtung einer digitalen Plattform in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, wie sie § 8 vorsieht, wird deswegen seitens der DPtV ausdrücklich befürwortet.

Präventionskampagnen nach dem Vorbild von „Natural High“ in Island wurden bereits erprobt. Dabei gab es drei grundlegende Faktoren, die zum Erfolg des isländischen Programms beitrugen: Erleichterung der Suche der Schüler nach ihrem natürlichen Hochgefühl; Cultivating Life Skills sowie der Aufbau von Leitplanken.

Als Ersatz für Drogen- und Alkoholmissbrauch wurden in Forschungen zuvor nachgewiesen, dass bestimmte Aktivitäten wie Musik, Tanz, Sport und Kampfsport sowie andere Aktivitäten das High-Gefühl ersetzen kann. Das natürliche Hochgefühl zu finden gilt als ein wichtiges Prinzip, um Schutzfaktoren für Jugendlich zu schaffen. In Verbindung mit starken Mentoren-Beziehungen, den positiven Einfluss von Gleichaltrigen und einem gestärkten Glauben an sich selbst wurde die Widerstandsfähigkeit gefördert. Island hat erkannt, dass sich junge Menschen nur in einem Umfeld ändern können, das diesen Veränderungen förderlich ist. Zu diesem Zweck wurde auch das häusliche Umfeld in das Präventionsprogramm mit einbezogen. Maßnahmen entsprechend diesem Modell sollten verpflichtend auch in Deutschland eingeführt werdenⁱⁱⁱ.

Im aktuellen Gesetzentwurf werden zudem umfassendere Regelung zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung bei Abhängigkeitserkrankungen und Suchttherapie vermisst.

Da das bundesdeutsche Suchthilfe-Systems aktuell stark fragmentiert ist, hätte in diesem Gesetzgebungsverfahren eine stärkere Vereinheitlichung erfolgen können. Die Aus-/Weiterbildung von Suchttherapeuten und Psychotherapeuten ist an dieser Stelle verbesserungswürdig. Dazu zählt die Ausbildungsverbesserung von weiteren, im Suchthilfesystem agierenden Berufsgruppen.

Die Psychotherapie- Richtlinie sieht in § 27 Abs 2, 1a vor, dass „eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig (ist), wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal 10 Behandlungsstunden erreicht werden kann“. Wird die Abstinenz nicht erreicht- so muss die Behandlung abgebrochen werden. Diese Regelung ist im Hinblick auf Abhängigkeitserkrankungen zu starr, erschwert den Zugang zur ambulanten Psychotherapie und führt zu Therapieabbrüchen. Der Gesetzgeber sollte den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, die Abstinenzregelung in § 27 Abs.2, 1a zu überarbeiten. Die ambulante Psychotherapie sollte an dieser Stelle langfristig ermöglicht werden.

Im Rahmen der Suchtbehandlungen wird außerdem eine stärkere Berücksichtigung der in den Reha-Kliniken geleisteten therapeutischen Arbeit vermisst. Es wird zukünftig notwendig sein, sowohl die darin beschäftigten Therapeuten zu fördern als auch die Versorgung von schweren Suchterkrankungen zu verbessern.

Die weitere Forschung zu Risikofaktoren für die Entwicklung von Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Cannabis bei intermittierenden bzw. regelmäßiger Gebrauch sollte mit Geldern unterstützt werden, die aus dem Wegfall der Strafverfolgung von erwachsenen Konsumtoren resultieren.

5. Artikel 11 und 12- zu § 39 und 40 ff KCanG:

Die DPtV begrüßt die Regelung des § 39 KCanG-E. Danach können bei cannabisbezogenen Erkrankungen die Regelungen „Therapie statt Strafe“ (§§ 35 bis 38 BtMG) angewendet werden. Der Zugang entsteht durch Verweisung. Durch die Einbeziehung wird grundsätzlich das Vorliegen cannabisbezogener Abhängigkeitserkrankungen anerkannt. Dies war jahrelang in der Rechtsprechung umstritten.ⁱⁱⁱ Die Neuregelung führt zu größerer Rechtssicherheit und eröffnet die Möglichkeiten, sich für eine Suchttherapie zu entscheiden, die im Strafvollzug häufig nicht möglich ist.

Weiterhin sollen Straftaten, die nach altem Recht in das Bundeszentralregister eingetragen wurden, aber nach neuem Recht nicht verfolgt werden würden, tilgungsfähig sein. Da Eintragungen in das BZR oft dazu führen, dass berufliche Entwicklungsmöglichkeiten bereits für junge Erwachsene abgeschnitten werden mit großen sozialen Nachteilen für Suchterkrankte, wird die Neuregelung befürwortet.

Gebhard Hentschel
Bundesvorsitzender der DPtV

ⁱ Die Auswertungen der EMCDDA ergaben im europäischen Vergleich der Länder einen erheblichen Anstieg seit 2010

ⁱⁱ Hoch E, Friemel CM, Schneider M (Hrsg., 2019) Cannabis-Potential und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Springer

ⁱⁱⁱ <https://www.naturalhigh.org/icelands-radical-transformation-of-teen-substance-use/>

^{IV} Siehe Stellungnahme des Strafrechtsausschusses des DAV zum Gesetzesentwurf auch mit Ausführungen zum Strafrahmen



Stellungnahme zur Cannabisregulierung im Rahmen der Gesetzgebung

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)155(7)
nicht gel. VB zur öffentl. Anh. am
06.11.2023 - Cannabis
06.11.2023

Stellungnahme zur Cannabisregulierung

Sehr geehrte Mitglieder des Gesundheitsausschuss,

wir möchten im Namen der CAD - Cannabis Anbauvereinigungen Deutschlands n.e.V. und der Vereine, die sich über die Gründungscommunity einbringen, auf die dringende Notwendigkeit einer umfassenden Reform der Gesetzgebung zur Cannabisregulierung in Deutschland aufmerksam machen. Unsere Vorschläge basieren auf einer sorgfältigen Analyse und Beratung, und wir bitten Sie, diese als wichtigen Beitrag zur laufenden Debatte zu betrachten.

1. Gemeinsamer Konsum in geschützten Räumen der Vereine.

Unser Vorschlag, den gemeinsamen Konsum in den geschützten Räumen der Vereine zu ermöglichen, wird von mehreren Argumenten gestützt:

- **Prävention:** Ein geschützter Raum für den Konsum ermöglicht es, Präventionsmaßnahmen effektiver umzusetzen. Hier können Mitglieder über sicherer sowie verantwortungsvollen Konsum aufgeklärt und zudem kann kritischer Konsum wahrgenommen und darauf reagiert werden.

- **Verbraucherschutz:** Geschützte Räume erlauben eine bessere Kontrolle der Qualität und Reinheit des Cannabis, was den Verbraucherschutz stärkt und gesundheitliche Risiken minimiert.

- **Förderung von Kultur:** Diese Maßnahme fördert die Entstehung einer respektvollen und verantwortungsvollen Konsumkultur, die den Austausch von Wissen und Erfahrungen ermöglicht.

Es ist zudem wichtig, die Gesamtheit der Bannmeilenregelungen kritisch zu hinterfragen. Sie erweisen sich in der Praxis als schwer umsetzbar und könnten in eine Form umgewandelt werden, die besser mit geltenden Normen und Bedürfnissen vereinbar ist.

1.1 Auswirkungen der Bannmeilenregelungen auf Freizeitkonsumenten und Patienten mit besonderem Augenmerk auf den Jugendschutz

Wir schlagen vor, die Bannmeilenregelungen so anzupassen, dass der Schutz von Kindern und Jugendlichen gewährleistet wird, ohne Patienten und Freizeitkonsumenten zu benachteiligen. Dies kann erreicht werden, indem darauf geachtet wird, dass sich keine Jugendlichen in unmittelbarer Nähe des Konsums befinden und dass Uhrzeiten in kritischen Bereichen eingehalten werden. Gleichzeitig sollten Patienten von jeglichen Beschränkungen befreit sein.

- **Jugendschutz:** Die Regelungen sollen sicherstellen, dass Kinder und Jugendliche keinen Zugang zum Konsum von Cannabis haben und diesen auch nicht beobachten, indem darauf geachtet wird, dass keine Jugendlichen während des Konsums in der Nähe sind. Durch eine vernünftige Sichtweiten- und Zeitregelung schützt man die Jugend, ohne den Konsumenten unangemessen zu benachteiligen.



Stellungnahme zur Cannabisregulierung im Rahmen der Gesetzgebung

- **Patientenversorgung:** Patienten sollten von jeglichen Beschränkungen befreit sein, um sicherzustellen, dass sie jederzeit Zugang zu ihrer notwendigen medizinischen Behandlung haben.

Dieser Ansatz zielt darauf ab, den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten, ohne die Patienten oder Freizeitkonsumenten übermäßig zu beeinträchtigen. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass Patienten uneingeschränkt versorgt werden. Patienten dürfen von neuen Gesetzen nicht kriminalisiert oder schlechter gestellt werden.

1.2 Dokumentationspflichten und Datenschutz - Schlüsselaspekte

Wir möchten nachdrücklich betonen, dass Dokumentationspflichten in Bezug auf den Konsum pseudonymisiert erfolgen müssen und dies unter Berücksichtigung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Dieser Ansatz wird durch mehrere wichtige Gründe gestützt:

- **Datenschutz und Privatsphäre:** Die Pseudonymisierung der Dokumentation gewährleistet den Schutz der Privatsphäre der Konsumenten. Datenschutz ist ein grundlegendes Recht, das unbedingt respektiert werden muss.

- **DSGVO-Konformität:** Die Einhaltung der DSGVO ist von größter Bedeutung, um rechtliche Anforderungen zu erfüllen und die Vertraulichkeit der Daten zu wahren. Dies stärkt die Integrität unserer Aktivitäten und trägt dazu bei, das Vertrauen in unsere Arbeit zu festigen.

2. Empfehlungen aus Sicht der Anbauvereinigungen

Wir empfehlen, **Vollzeitstellen im Anbau** zu ermöglichen, damit die nachfolgenden Probleme gelöst werden. Die vorgeschriebene Mitwirkung aller Mitglieder im Anbau hat diverse Nachteile, darunter die Sorge der Qualitätssicherung sowie notwendige Hygiene bei Umsetzung mit reinem Ehrenamt und Minijobs. Dies ist aus unserer Sicht mit den aktuellen Vorgaben nicht möglich. Das Personalmanagement kann stark reduziert werden und sich positiv auf den Abgabepreis auswirken.

Um eine **einheitlichere Bildung** zum Thema Cannabis schaffen, empfehlen wir einen Schulungs- und Präventionskatalog. Ein Präventionskatalog könnte z.B. Bausteine zu diversen Themen aufgeteilt und nachvollziehbarer gestaltet sein.

Die Vorgaben zur Prävention über die Finanzierung durch Mitgliedsbeiträge werden als weitere Hürden betrachtet. Generell sind Vereine auf vollständige Eigenwirtschaftlichkeit ausgerichtet.

Wir empfehlen die **Lizenzbegrenzung** von 7 Jahren aufzuheben, da bereits fortlaufend geprüft wird. Um die Planungssicherheit zu erhöhen, die Attraktivität einer Anbauvereinigung zu gründen und den Aufwand auf Seite der Behörden zu reduzieren, ist eine doppelte Prüfung und zeitliche Begrenzung zu vermeiden.

Wir empfehlen die **Prüfung der Zuverlässigkeit** zu reduzieren.

Dadurch wird die Attraktivität einer Gründung gesteigert und die Hindernisse zur Gründung weiter reduziert. Eine Prüfung des Vorstands der letzten 2-3 Jahre statt 5 Jahren, sollte bereits ausreichen.



Stellungnahme zur Cannabisregulierung im Rahmen der Gesetzgebung

Wir empfehlen den **unverzüglichen Start der Evaluation**.

Damit man belegen kann, wie sich die Entkriminalisierung auswirkt, sollten die Dunkelziffern möglichst aufgedeckt werden. Die Straffreiheit ist jedoch dazu erforderlich und auch Ersatzstrafen wie Führerscheinentzug sowie Berufsverbote müssen dafür der Vergangenheit angehören.

Wir empfehlen die **Definition der Kontrollrechte** der zuständigen Behörden.

Proben sollten eine maximale Obergrenze erhalten, so dass diese nicht durch Behörden öfter als notwendig ausgeführt werden dürfen. Im Falle der Wertüberschreitung muss ebenso eine obere Maßgabe vorliegen, damit die Behörden diese Instrumente nicht missbrauchen können.

Wir empfehlen, die **Mitgliederbegrenzung neu einzuteilen**.

Die Versorgung von Mitgliedern mit Cannabis kann man limitieren, doch die politische Beteiligung sollte allen offenstehen. Es gibt bereits Vereine, die sich politisch ausgerichtet haben und darunter auch Nicht-Konsumenten:innen, die man durch den jetzigen Entwurf damit zukünftig ausschließt. Ebenso sollte eine sozial gerechte Alternative erwogen werden und die maximale Abgabemenge pro AV und Monat auf 25 Kg Cannabis oder Haschisch Produkte begrenzen. So können auch Konsumenten dem Verein angehören, welche einen geringen monatlichen Konsum haben. Dadurch müssen die Mitglieder nicht dazu animiert werden, möglichst große Mengen abzunehmen und bieten damit geringeren Konsum Anreize.

Wir empfehlen, die **Verbotszonen aufzuheben**.

Die Sichtweite oder bekannte Normen aus der Glücksspiel-, Tabak-, oder Alkohol-Branche wären angebrachter. Eine Umsetzung der Verbotszonen ist zudem weder für Verbraucher noch für Kontrollbehörden, wie vorgesehen, machbar. Ausreichend wäre 7-18 Uhr Konsumeinschränkungen in kritischen Zonen. Ein Verbot von Konsum im CanG wird als Rückschritt betrachtet, da der reine Konsum nach heutigen Gesetzen straffrei ist.

Wir empfehlen, die **Anhebung der Pflanzenanzahl** im Homegrow auf mindestens 4 und die Begrenzung auf blühende Pflanzen zu ändern. Ebenso sollten die Abgabevorgaben zum Vermehrungsmaterial mit der Obergrenze des privaten Besitzes einheitlich gestaltet werden.

Wir empfehlen eine realistische, **neue Obergrenze für die Lagerung** oder gar keine für den privaten Raum. Lagerung einer Jahresernte aus dem Eigenanbau über Outdoor-Produktionen ist aktuell unmöglich. Die Abgrenzung mit einer Menge zum Gewerbe erfolgt mit den anderen Säulen und könnte bis dahin offen bleiben.

Wir empfehlen eine **Anhebung der verkehrstauglichen Werte**.

Gemessen sollte der Rauschzustand niemals anhand von Abbauprodukten wie THC COOH. Eine Anhebung dieser Messwerte ist dringend erforderlich, um den Menschen den Konsum überhaupt zu ermöglichen, ohne die Fahrerlaubnis zu riskieren. Besser wäre es, evaluierte Daten aus z.B. Kanada anzuerkennen und in den Prozess aufzunehmen.



Stellungnahme zur Cannabisregulierung im Rahmen der Gesetzgebung

Wir empfehlen, die bisher **zu Unrecht kriminalisierte Bevölkerung** zu bedenken.

Eine Entschuldigung, die das Unrecht betrifft, ist gefordert. Im Ursprungsland der Prohibition, der USA, wurde bereits aufgerufen, dass damit immer noch verursachte Leid an unschuldigen Verbraucher:innen sofort zu beenden. Außerdem könnte man die konsumnahen Delikte z.B. bei Lizenzvergaben bevorzugen wie in den USA oder auch einfach zum Start Vermehrungsmaterial verschenken wie in Thailand.

Wir empfehlen die **Lösung staatlicher Registereinträge ohne Bürokratie**.

Die konsumnahen Cannabisdelikte sollten alle ohne ein Antragsverfahren entfernt werden. Die Speicherung ist nicht weiter notwendig und nach Datenschutzvorkehrung sollte man redundante Daten entfernen, bevor man diese verliert.

Wir empfehlen die **Daten der Mitglieder besonders zu schützen**.

Eine Zuordnung darf Dritten nicht ermöglicht werden, außer bei Straftaten. Die fortlaufende Stigmatisierung wie Kriminalisierung von Konsument:innen wie Patient:innen, hat viele Menschen bezüglich Ihrer personenbezogenen Daten in Verbindung mit Cannabis sehr sensibel gestimmt. Die erforderliche Dokumentation sollte nur pseudonymisiert erfolgen.

3. Mangel an einer zuständigen Behörde und Kontrollstruktur

Eine mögliche Lösung kann sich an internationalen Standards wie dem Single Convention on Narcotic Drugs auf Bundesebene orientieren. Dies würde eine klare rechtliche Grundlage für die Kontrolle schaffen. Darüber hinaus könnte ein Bund-Land-Konstrukt als Kontrollinstanz etabliert werden, damit die Länder einheitlicher reagieren und eine höhere Instanz schlichten könnte. Es wäre denkbar, die Cannabisagentur mit der Aufgabe der Beratung zu beauftragen.

4. Proben Pflicht begrenzen

Um sicherzustellen, dass Anbauvereine nicht unverhältnismäßig belastet werden, ist es wichtig, klare Richtlinien für die Proben-Pflicht festzulegen. Hierbei sollten Proben einmal jährlich und maximal quartalsweise pro Charge entnommen werden, wodurch der Prüfaufwand wirtschaftlich gestaltet wird.

5. Mitwirkungzwang beim Anbau und seine Auswirkungen auf Qualitätsstandards

Mitwirkungzwang beim Anbau widerspricht den hohen geforderten Qualitätsstandards. Eine Mitwirkung soll durch die Anbaukonzepte für alle gewillten Mitglieder ermöglicht werden.

6. Eindämmung des Schwarzmarkts

Entgegen der Grundannahme des Drogenverbots, wächst der Schwarzmarkt seit Jahren neben Cannabis auch im Bereich harter Drogen wie Crystal, Ecstasy, Kokain und in dieser Folge auch Crack. Ein Blick auf die Zahlen des Bundeslagebild-Rauschgift des BKA seit 2012 zur Veranschaulichung der wachsenden Drogenproblematik:



Stellungnahme zur Cannabisregulierung im Rahmen der Gesetzgebung

Sicherstellungs menge in kg je Substanz und Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Amphetamine	1196	1339	1336	1356	1471	1669	-	-	-	-	1631
Crystal	75	77	74	67	62	114	-	211	mind. 290,5	363,1	785
Ecstasy (in Anzahl Pillen)	313179	480839	702439	967410	2218050	693668	-	-	-	-	1021542
Heroin + Opium (bis 2016 separat)	242 + 81	270 + 294	779 + 15	210 + 96	330 + 61	298	-	mind. 1000	mind. 570	mind. 430	mind. 1000
Kokain	1258	1315	1569	3114	1871	8166	mind. 5000	mind. 10000	mind. 11000	mind. 23000	20000
Cannabis + Haschisch	4942 + 2386	4827 + 1770	8212 + 1748	3852 + 1599	5955 + 1874	7731 + 1295	-	-	-	-	16900 + 2800
Crack	0,5	0,4	0,5	0,4	0,1	-	-	-	-	-	-

Hinweis: “-“ entspricht nicht angegeben.

Neben steigenden Zahlen bei harten Drogen wächst damit einhergehend auch die Folgebelastung bei Polizei und Justiz. Diese Mehrbelastung trifft auf eine zunehmend personell unterbesetzte Strafverfolgung.

Strafjustiz sei “eklatant unterbesetzt” laut Vorsitzender des Deutschen Richterbund Andrea Titz. ~1000 Richter- und Staatsanwaltsstellen fehlen Stand mitte 2021 (ca. 25000 gesamt), darüber hinausgehend eine Pensionierungswelle im Rahmen derer bis 2030 ca. 30 bis 40% der Richter und Staatsanwälte in Pension gehen bei nicht flächendeckend genügend BewerberInnen für die Justiz.

Dies zur Verdeutlichung unserer Empfehlung, die Eigenbedarfsregelungen zu Eigenanbau, Besitz und Konsum so auszugestalten, dass es zu einer maximalen Entlastung von Polizei und Justiz kommt.



Stellungnahme zur Cannabisregulierung im Rahmen der Gesetzgebung

7. Bußgeldvorschriften

Bußgelder von 30.000€ bis 100.000€ für teils konsumnahe Ordnungswidrigkeiten sind unverhältnismäßig. Wir empfehlen die Einführung eines Bußgeldkatalogs für geringfügige Ordnungswidrigkeiten, andernfalls droht eine regional stark unterschiedliche Auslegung der Bußgeldvorschriften.

8. Besitzobergrenzen im privaten häuslichen Umfeld

Beschränkungen in der Pflanzenanzahl von nur 3 Pflanzen erachten wir als deutlich zu niedrig, darüber hinaus wäre eine, wenn überhaupt vorhandene, Limitierung auf eine Jahresernte zu bevorzugen.

9. Führerscheinregelung

Die von der Bundesregierung angekündigten neuen Grenzwerte müssen mit Inkrafttreten des Gesetzes eingeführt werden, eine Fortsetzung der aktuellen Praxis im Führerscheinrecht muss enden. Die Höhe des Grenzwerts darf im Rahmen der vom Gesetz vorgesehenen Mengen in Bezug über Anbauvereinigungen zu keinem Nachteil führen.

Fazit

Unsere Vorschläge zielen darauf ab, die Gesetzgebung zur Cannabisregulierung transparenter, konsumentenfreundlicher und datenschutzkonform zu gestalten. Wir sind der festen Überzeugung, dass diese Maßnahmen sowohl kurzfristige als auch langfristige positive Auswirkungen auf die Gesellschaft und die Vereinslandschaft haben werden.

Bitte beachten Sie unsere Empfehlungen sorgfältig und ziehen Sie diese in Betracht, wenn Sie die aktuellen Gesetzgebungsmaßnahmen zur Cannabisregulierung diskutieren. Unsere Expertise im Bereich der Vereinsführung und der deutschen Verbandslandschaft ermöglicht es uns, innovative Ideen zu präsentieren, die die Branche voranbringen können.

Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung, um diese Empfehlungen weiter zu erörtern und Ihnen bei der Ausgestaltung der zukünftigen Gesetzgebung zur Seite stehen. Es ist an der Zeit, einen fortschrittlichen und konsumentenfreundlichen Ansatz zur Cannabisregulierung in Deutschland zu verfolgen.

Mit freundlichen Grüßen,

Peer Bollmeyer
Friedemann Söffing
Vorsitzende CAD

Per pdf/E-Mail

Dr. Fandrich Rechtsanwälte | Alexanderstraße 10 | 53111 Bonn

An den

Deutschen Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

DR. ANDREAS FANDRICH
Rechtsanwalt | Standort Stuttgart
DR. MIRIAM NETH-UNGER
Rechtsanwältin | Standort Stuttgart
PROF. DR. JOACHIM BLOEHS
Rechtsanwalt | Standort Stuttgart
Dipl.-Betriebswirt (BA)

DR. MARCUS GESCHWANDTNER
Rechtsanwalt | Standort Bonn
DR. THOMAS HENNING
Rechtsanwalt | Standort Stuttgart
Dipl.-Betriebswirt (BA)
DR. TOBIAS HEMBERGER*
Rechtsanwalt | Standort Stuttgart
DR. STEFAN FRIEDRICH*
Rechtsanwalt | Standort Bonn
Dipl.-Kaufmann
DR. BENJAMIN GLUNZ*
Rechtsanwalt | Standort Bonn
DR. STEFAN TAUBE*
Rechtsanwalt | Standort Bonn
DR. ANGELA GRAF*
Rechtsanwältin | Standort Bonn
Master in Health and Medical Management

Bonn, den 3. November 2023

T: 0228 / 410028-70
M: mgeschwandtner@fandrich-rae.de

Stellungnahme

**zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages am 6.11.2023**

zu BT-Drucks. 20/8704 vom 9.10.2023

**Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und
zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG)**

**zu Artikel 1 Gesetz zum Umgang mit Konsumcannabis
(Konsumcannabisgesetz – KCanG)**

Sehr geehrte Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir sind eine auf das Wirtschaftsrecht und hier insbesondere auch das Genossenschafts- und Vereinsrecht spezialisierte Kanzlei. Darüber hinaus liegt unsere besondere rechtliche Expertise auch im Gewerbeaufsichts- und Akkreditierungsrecht sowie in speziellen Bereichen des Medizinrechts.

Wir haben umfangreich Erfahrung in der Rechtssetzung und -anwendung in sensiblen Bereichen, die ein hohes Maß an Sicherheit erfordern und in denen Qualität auf allen Ebenen eine grundlegende Voraussetzung ist.

Wir beraten bereits zahlreiche Cannabis Social Clubs (CSCs) und weitere Gründungsinteressierte zur Umsetzung des bevorstehenden Konsumcannabisgesetzes (Geschäftsmodell und Rechtsformwahl, Gründung und Finanzierung / Kostendeckung von Anbauvereinigungen, Erlaubnisverfahren, Qualitätssicherung etc.), stehen also mit den unmittelbar von dem Gesetzesentwurf betroffenen Bürgern / Konsumenten in einem engen fachlichen und praktischen Austausch.

Vor diesem Hintergrund nehmen wir zu den folgenden Punkten des Konsumcannabisgesetzes (KCanG) in rechtlicher Hinsicht Stellung und zeigen konkrete Lösungen auf:

- 1. Schaffung einer zentralen Länderstelle für Genehmigung und Überwachung**
- 2. Genossenschaftliche Binnensicherung steigert Effizienz, Effektivität, Qualität und Sicherheit**
- 3. Auf die Rechtsform der eG bezogene Vorschläge für den Zielsetzungen des KCanG entsprechende Anpassungen**
- 4. Weitere Vorschläge zur zielentsprechenden Anpassung des KCanG**
- 5. Nutzung der akkreditierten Zertifizierung als Teil der bestehenden europäischen Qualitätsinfrastruktur**

Dabei geht es um:

„Mehr Sicherheit für Alle !“

1. Schaffung einer zentralen Länderstelle für Genehmigung und Überwachung

- a. Aktuelle Ausgestaltung des Regierungsentwurfs (BT-Drucks. 20/8704)
- b. Absehbare Defizite der Regelung
- c. Änderungsvorschlag / Vorschlag zur Implementierung einer zentralen Länderstelle
 - aa. Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten
 - bb. Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder Anstalt des öffentlichen Rechts

2. Genossenschaftliche Binnensicherung steigert Effizienz, Effektivität, Qualität und (Rechts-) Sicherheit

- a. Aktuelle Ausgestaltung des Regierungsentwurfs (BT-Drucks. 20/8704)
- b. Prinzip der Selbsthilfe ist die Rechtsnatur und „innerster Kern“ der eG
- c. Festlegung auf Kostendeckung als Geschäftsprinzip der eG
- d. Besondere rechtsformimmanente Sicherheitsmerkmale der eG

3. Auf die Rechtsform der eG bezogene Vorschläge zur zielsprechenden Anpassung des KCanG

- a. §§ 1 Ziffer 13, § 12 Abs. 1 Ziffer 4 lit. a) KCanG-E:
Unterscheidung zwischen „Zweck“ und „Gegenstand“
- b. §§ 24, 25 KCanG-E:
Zulassung des eigens genossenschaftlichen Förderentgelts – schon im Ansatz kein Widerspruch zur „Selbstkostendeckung“

4. Weitere Vorschläge zur zielsprechenden Anpassung des KCanG

- a. Einreichung von Jahresabschluss und Prüfungsbericht bei der zuständigen Landesbehörde
- b. Differenzierte gesetzliche Ausgestaltung von „Anbauvereinigungs-e.V.“ und „Anbauvereinigungs-eG“

5. Nutzung der akkreditierten Zertifizierung als Teil der Qualitätsinfrastruktur

- a. Aktuelle Ausgestaltung des Regierungsentwurfs (BT-Drucks. 20/8704)
- b. Vorschläge zur Ergänzung der Verordnungsermächtigungen
 - aa. § 17 Absatz 4 KCanG-E: Akkreditierte Labore
 - bb. Einführung weiterer Verordnungsermächtigungen
 - (1) § 18 Absatz 2 KCanG-E: Stichproben
 - (2) § 21 Absatz 1 KCanG-E: Verschnittverbot
 - (3) § 22 KCanG-E: Transport

1. Schaffung einer zentralen Länderstelle für Genehmigung und Überwachung

a. Aktuelle Ausgestaltung des Regierungsentwurfs (BT-Drucks. 20/8704)

Bei dem KCanG handelt es sich um eine Sonderregelung der Gewerbeaufsicht („Anbauvereinigungsaufsicht“). Der aktuelle Entwurf für ein KCanG sieht etwa in § 11 Absatz 1 eine Erlaubnispflicht für Anbauvereinigungen vor, die im Weiteren gemäß §§ 27 ff. laufend behördlich überwacht werden. Für beides – Erlaubniserteilung wie auch laufende staatliche Überwachung der gesetzlichen Vorgaben – sind nach Maßgabe von § 33 Absatz 1 KCanG-E die Behörden des Bundeslandes zuständig, in denen die jeweilige Anbauvereinigung ihren Sitz hat.

Die den Ländern im KCanG übertragenen Aufgaben werden bedeutende Überwachungs- und Vollzugsaufgaben zur Folge haben, die von den Ländern nur mit erheblichem personellem Aufwand zu bewältigen sind. Wie bereits in den Empfehlungen der Ausschüsse des Bundesrates (*siehe Drucksache 367/I/23 vom 18.9.2023*) ausgeführt wurde, betrifft dies etwa die

- Erlaubniserteilungsverfahren, in denen umfangreiche Unterlagen vorzulegen und in kurzer Zeit zu prüfen sind;
- Prüfung aller Anbauvereinigungen mindestens einmal pro Jahr und bei Bedarf die zusätzlichen anlassbezogenen Prüfungen und die
- Präventions- und Interventionsaufgaben nach §§ 7, 8 und § 23 KCanG-E.

Hinzu kommen Aufsichtsmaßnahmen wie z.B. die Anordnung von Bedingungen und Auflagen, der Widerruf und Rücknahme der Erlaubnis, die Transportüberwachung, die Prüfung zu erstattender Berichte, von Hinweisen und Beschwerden, Anordnung von Aufsichtsmaßnahmen und behördliche Verfahren (z.B. Akteneinsichtsanträge, Aussetzungsverfahren, Widerspruchsverfahren).

Die gebotene behördliche Planung einer schutzzweckentsprechenden und im Einzelfall verhältnismäßigen Aufsicht sowie die Erfüllung der vorgenannten Aufgaben erfordern ein besonders hohes Maß an Sorgfalt und qualifizierter Abwägung auf der Basis einheitlicher Maßstäbe, durch die nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlungen und ein „Cannabis-Tourismus“ in Länder mit einer vermeintlich weniger anspruchsvollen bzw. stringenten behördlichen Aufsicht vermieden werden.

b. Absehbare Defizite der Regelung

§ 33 Absatz 2 KCanG-E sieht zwar vor, dass sich die Behörden gegenseitig die für den Vollzug des KCanG zuständigen Stellen mitteilen und sich im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeit bei der behördlichen Überwachung unterstützen. Dies ist aus unserer Sicht jedoch nicht ausreichend.

Das auch vom Gesetzgeber für die erfolgreiche Durchführung des KCanG geforderte Zusammenwirken aller zuständigen Behörden ist bislang nur rudimentär und nicht konkret genug vorgesehen:

Aus unserer Sicht muss die Zusammenarbeit der Länder über eine „*gegenseitige Information über die Ansprechpersonen bei den jeweils zuständigen Stellen sowie einen Ergebnis- und effizienzorientierter Austausch von Erkenntnissen im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten*“ (BT-Drucks. 20/8704, Zu § 33 Abs. 2, S. 128) hinausgehen.

c. Änderungsvorschlag / Vorschlag zur Implementierung einer zentralen Länderstelle

Für die effiziente, effektive und qualitative Aufsicht über die Anbauvereinigungen und deren vertretungsberechtigte Personen ist aus unserer Sicht

- eine über die im Gesetzesentwurf hinausgehende behördliche Zusammenarbeit
- oder gar die Schaffung einer (koordinierenden) Behörde notwendig.

Nur durch eine koordinierte und institutionalisierte Abstimmung der Länder lässt sich ein bundeseinheitliches Aufsichts- und damit Sicherheitsniveau in der Praxis erreichen, welches auch nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlungen sowie „forum shopping“ und „Antragstourismus“ vermeidet.

Außerdem muss das „Rad nicht in allen Ländern neu erfunden“ werden. Vielmehr können allgemeine Grundsätze der Erlaubnis- und Überwachungspraxis entwickelt werden. Die Einrichtung einer zentralen Länderstelle ermöglicht mit sehr begrenztem Aufwand den Aufbau einer hohen Kompetenz, die für alle Länder verfügbar ist und eine einheitliche, gleichmäßige Verwaltungspraxis gewährleistet.

- Die in den einzelnen Ländern vollziehenden Behörden können auf diese Weise auf fachlich fundierte Regeln und einheitliche Interpretationen zurückgreifen.
- Umgekehrt erhalten die aufsichtsunterworfenen Anbauvereinigungen, deren vertretungsberechtigte Personen und Mitglieder / Konsumenten – also alle Marktbeteiligten – länderunabhängig für mehr Rechtssicherheit Auslegungs- und Anwendungshilfen an die Hand, die ihnen Orientierung geben.
- Schließlich trägt beides maßgeblich dazu bei, dass die gesetzgeberischen Kernziele „Gesundheits-, Kinder- und Jugendschutz“ erreicht werden.

Eine solche institutionalisierte Zusammenarbeit der Länder ist bereits in anderen Bereichen gängige Praxis, in denen ebenfalls Produkte eingesetzt werden, die – im Sinne des Verbrauchers, Konsumenten oder Patienten – ein hohes Maß an Sicherheit und damit Überwachung auf der Basis einheitlicher Maßstäbe erfordern. Die Zusammenarbeit der Länder gewährleistet in diesen Fällen einheitlich qualifizierte Maßstäbe für die Genehmigung und laufende Überwachung und mithin das zur Erreichung der gesetzlichen Schutzzwecke gebotene Sicherheitsniveau „aus einem Guss“.

aa. Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten

So ist für den Bereich des Gesundheitsschutzes bei Arzneimitteln und Medizinprodukten durch Staatsvertrag der Länder eine entsprechende Zentralstelle („ZLG“) nebst Beirat eingesetzt worden, die an zentraler Stelle unterschiedliche Aufgaben im Rahmen der Arzneimittel- und Medizinproduktesicherheit wahrnimmt.

bb. Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder Anstalt des öffentlichen Rechts

Aber auch in anderen Bereichen ist eine verstärkte Zusammenarbeit der Länder bereits vorgesehen und etabliert. Als jüngstes Beispiel kann hierfür die durch Staatsvertrag der Länder errichtete „Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder Anstalt des öffentlichen Rechts (GGL)“ genannt werden, die stufenweise die staatliche Aufsicht und Kontrolle länderübergreifender Glücksspielangebote im Internet als Aufgabe von den Bundesländern übertragen bekommen hat. Im Mittelpunkt des Handelns der Behörde steht die Gewährleistung des Jugend- und Spielerschutzes, die Verhinderung von Glücksspiel- und Wettsucht und den Schwarzmarkten entgegenzuwirken. Insofern sind die Zielsetzungen des Glücksspielstaatsvertrags / der „GGL“ mit denen des KCanG vergleichbar.

Wir schlagen daher vor, dass bereits im Gesetzgebungsverfahren für das KCanG auf Länderebene eine entsprechende „Zentralstelle“ eingerichtet wird bzw. jedenfalls auf eine entsprechende behördliche institutionalisierte Zusammenarbeit hingewirkt wird.

Dies ist aus unserer Sicht essenzielle Voraussetzung, um eine einheitliche, gleichmäßige Anwendung von Bundesrecht zu gewährleisten und damit entscheidend zur Zielerreichung und (Rechts-) Sicherheit für alle Marktbeteiligten und Dritte beizutragen.

Zugleich wird die Effizienz, Effektivität und Qualität der Verwaltung erheblich verbessert.

Kurzum: Mehr Sicherheit für Alle !

Maßgeblichen Einfluss auf die Effizienz, Effektivität und Qualität der Verwaltung und die Sicherheit für alle Beteiligten hat auch die für eine Anbauvereinigung gewählte Rechtsform.

2. Genossenschaftliche Binnensicherung steigert Effizienz, Effektivität, Qualität und (Rechts-) Sicherheit

a. Aktuelle Ausgestaltung des Regierungsentwurfs (BT-Drucks. 20/8704)

Der aktuelle Entwurf für ein KCanG definiert „Anbauvereinigungen“ in § 1 Ziffer 13 wie folgt:

- a) eingetragene nicht wirtschaftlicher Vereine oder
- b) eingetragene Genossenschaften,
deren Zweck der gemeinschaftliche nichtgewerbliche Eigenanbau und die Weitergabe von Cannabis zum Eigenkonsum durch und an Mitglieder sowie die Weitergabe von Vermehrungsmaterial ist;

Die „Anbau- und Weitergabeerlaubnis“ darf die jeweils zuständige Behörde ausschließlich Anbauvereinigungen erteilen (s. § 11 Absatz 2 KCanG-E).

Dementsprechend sieht u.a. § 12 Absatz 1 Ziffer 4 lit. a) bis e) KCanG-E Vorgaben für den Inhalt der Satzung der Anbauvereinigung vor, u.a. für den Zweck, den Mitgliederkreis der Anbauvereinigung und die Gewinnverteilung bei einer „Anbauvereinigungs-eG“ (lit. e).

Darüber hinaus legen §§ 24, 25 KCanG-E fest, dass Anbauvereinigungen gegenüber ihren Mitgliedern ausschließlich Beiträge erheben, aber keine Entgelte für die Weitergabe von Cannabis und Vermehrungsmaterial verlangen können sollen.

- Die besondere Rechtsform der „eingetragenen Genossenschaft“ (eG) ist auch im Vergleich zum „eingetragenen Verein“ (e.V.) prädestiniert dafür, von Anbauvereinigungen gewählt zu werden.
- Eine Anbauvereinigung in der Rechtsform der eG vermag die zuständigen Behörden bereits aus rechtsstrukturellen Gründen bei deren Überwachung zu entlasten.
- Mit der Wahl der Rechtsform der eG tragen die Gründungsmitglieder einer Anbauvereinigung maßgeblich zur Effizienz, Effektivität und Qualität der Verwaltung sowie zur Sicherheit für alle Beteiligten bei.

b. Prinzip der Selbsthilfe ist die Rechtsnatur und „innerster Kern“ der eG

Bei der eG handelt es sich um die einzige, gesetzlich zwingend auf das „Prinzip der Selbsthilfe“ ausgerichtete Vereinigungsform im deutschen Recht. So legt § 1 Absatz 1 GenG für jede eG fest:

„(1) Gesellschaften von nicht geschlossener Mitgliederzahl, deren Zweck darauf gerichtet ist, den Erwerb oder die Wirtschaft ihrer Mitglieder oder deren soziale oder kulturelle Belange durch gemeinschaftlichen Geschäftsbetrieb zu fördern (Genossenschaften), erwerben die Rechte einer "eingetragenen Genossenschaft" nach Maßgabe dieses Gesetzes.“

Eingetragene Genossenschaft dürfen nicht wie andere Vereinigungen zu jedem gesetzlich zulässigen Zweck errichtet werden. Sie müssen gegenüber ihren Mitgliedern einen nach § 6 Nr. 2 GenG in der Satzung mittels eines Unternehmensgegenstandes konkretisierten Förderzweck verfolgen und ihren Geschäftsbetrieb hierauf nutzerbezogen ausrichten. Das ist Dreh- und Angelpunkt jeder eG. Daran hat sich seit 1889 nichts geändert (s. auch BT-Drucks. 16/1025 v. 23.3.2006, Zu § 1 S. 81; **insofern schlagen wir die Änderung von §§ 1 Ziffer 13, § 12 Abs. 1 Ziffer 4 lit. a) KCanG-E vor, s. unten Gliederungspunkt 3. a.).**

Diese rechtlich zwingende Mitgliederselbstförderung (sog. Identitätsprinzip) ist das zentrale Unterscheidungsmerkmal der eG zu anderen Rechtsformen, so auch zum sog. Idealverein.

Die Mitglieder einer eG helfen sich durch den gemeinschaftsdienlichen Abschluss von in der Satzung durch sie selbst festgelegte Förderzweckgeschäfte wechselseitig selbst („Selbstförderungskreislauf“) und stärken so wiederum die selbsthelfende Förderkraft ihres eigenen Betriebs.

Genossenschaftsmitglieder sind stets zugleich Mitglieder (Gesellschafter) und Kunden ihrer eigenen Vereinigung. Die Mitgliedschaft dient der unmittelbaren und wechselseitigen Selbstförderung der eigenen wirtschaftlichen und / oder ideellen Bestrebungen mittels des gemeinschaftlichen Geschäftsbetriebs (s. § 1 Absatz 1 GenG).

c. Festlegung auf Kostendeckung als Geschäftsprinzip der eG

Diesem unumstößlichen genossenschaftsrechtlichen Identitätsprinzip wird insbesondere auch steuerlich durch die **genossenschaftliche Rückvergütung** (s. § 22 KStG) Rechnung getragen. Es handelt sich um eine besondere, steuerlich abzugsfähige Verteilung von aus Mitgliederzweckgeschäften erwirtschafteten Beträgen.

Dementsprechend betreibt das Förderunternehmen einer eG keine Zins-, sondern eine seit 1867 in § 1 Absatz 1 GenG (damals Preußen) verankerte **Bedarfsdeckungs- und Existenzsicherungswirtschaft**. Es geht also auch den Mitgliedern einer „Anbauvereinigungs-eG“ im Kern um den langfristig selbstbestimmten Eigenanbau von möglichst kostengünstigem Cannabis zum Eigenkonsum.

Jede eG ist gesellschaftsrechtlich zwingend auf das Kostendeckungsprinzip festgelegt. Die unterjährig aus Kostenansatzgründen aus Mitgliederzweckgeschäften entstandenen Überschüsse sind daher nicht als Gewinne im kapitalistischen Sinn, sondern als Ersparnisse aus dem Mitgliederzweckgeschäft anzusehen. Folgerichtig stehen die Überschüsse aus Mitgliederförderzweckgeschäften – sofern sie nicht zwingend als Rücklagen oder Investitionen für den Erhalt der Förderfähigkeit im Unternehmen benötigt werden – am Ende des Geschäftsjahrs nutzerbezogen als Rückvergütung den Mitgliedern unmittelbar zu und sind an diese auszukehren; letztlich sind sie auch zu deren Lasten erwirtschaftet worden (grundlegend hierzu der BFH, Urteil v. 1.2.1966, I R 275/62, BStBl. III, S. 321; BFH, Urteil v. 20.1.1993, I R 55/92, BStBl. II, S. 376).

Nutzerbezogen meint, dass die Mitglieder mit der Genossenschaft im Förderzweckgeschäftsverkehr gestanden und zum Entstehen der Überschüsse durch Geschäftsabschlüsse beigetragen haben. Maßgeblich ist also (jedenfalls mittelbar) der getätigte Gesamtumsatz des einzelnen Mitglieds. Insofern wirkt die besondere genossenschaftliche Rückvergütung gewinnmindernd und trägt maßgeblich zur Kostendeckung bei.

Diese unterschiedliche wirtschaftliche Behandlung von Mitgliedern und Nichtmitgliedern im Förderzweckgeschäftsverkehr ist nach § 1 Absatz 1 GenG, ob nun im laufenden Betrieb oder am Jahresende rückwirkend, unerlässlich und rechtsformeigen.

- Die genossenschaftliche Rückvergütung stellt also ein geeignetes Mittel dar, um einen die Kosten übersteigenden Überschuss den Mitgliedern zurückzugewähren, die die Kosten getragen haben. Damit fehlt ein auf alle Mitglieder verteilungsfähiger Gewinn, der ansonsten möglicherweise Fehlanreize in Form einer Dividendenerzielungsabsicht begründen könnte.

d. Besondere rechtsformimmanente Sicherheitsmerkmale der eG

Aus ihrer Entstehungsgeschichte heraus und aufgrund der an dem sog. Identitätsprinzip ausgerichteten rechtlichen Ausgestaltung dieser Vereinigungsform bringt eine „Anbauvereinigungs-eG“ z.B. die folgenden Merkmale für Effizienz, Effektivität, Qualität und Sicherheit stets mit sich:

- dauerhafte Mitgliedschaft jeder eG in einem genossenschaftlichen Prüfungsverband (§ 54 GenG);
- Gründungsgutachten des Prüfungsverbands für die Anmeldung zur Registereintragung, „ob nach den persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen, insbesondere der Vermögenslage der Genossenschaft, eine Gefährdung der Belange der Mitglieder oder der Gläubiger der Genossenschaft zu besorgen ist“ (§ 11 Absatz 2 Nr. 3 GenG, einschließlich der Überprüfung der ordnungsmäßigen Errichtung der eG i.Gr.); dies zwingt die Gründer einer Anbauvereinigung im eigenen Interesse und im Interesse aller übrigen Beteiligten zu einem plausiblen Wirtschaftlichkeitskonzept (s. weiter unten in der Aufzählung auch zur besonderen genossenschaftlichen Pflichtprüfung);
- Gründung einer eG mit 3 (drei) Mitgliedern bei einem einköpfigen Vorstand und ohne Aufsichtsrat möglich (sog. „kleine eG“);
- bei mehr als 20 Mitgliedern ist der Aufsichtsrat Pflichtorgan (sog. „Regel-eG“), das zwingend aus Mitgliedern der eG besteht (sog. Selbstorganschaft); der Aufsichtsrat überwacht die Zweck- und Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung des Vorstands;
- Mitglieder beteiligen sich mit sog. Geschäftsguthaben an der eG, das mit der ebenfalls zwingenden gesetzlichen Rücklage und anderen Ergebnisrücklagen das Eigenkapital der eG bildet; bei Ausscheiden erhalten die Mitglieder nur ihr Guthaben zurück;
- Überschussverwendung und -verteilung an die Mitglieder ist mittels Rückvergütung möglich, was aber keine Gewinnverteilung im Sinne einer Kapitalrendite bedeutet; es handelt sich förderzweckentsprechend (§ 1 Absatz 1 GenG) um Ersparnisse aus dem Mitgliederzweckgeschäft, um nicht zu vermeidendes überschüssiges Förderkapital, das an die Mitglieder auszukehren ist (s. auch oben zur Rückvergütung, s. grundlegend auch BFH, Urt. v. 1.2.1966, IR 275/62, BStBl. III, S. 321);
- es gilt für eGn das sog. Verbot einer Dividendengenossenschaft (= Ausschüttung einer Kapitalrendite, die in der Hauptsache aus zugelassenen Förderzweckgeschäften mit Nichtmitgliedern erwirtschaftet wurden); die eG taugt nicht als Kapitalanlagegesellschaft;

- die besondere föder- und anbauvereinigungswirtschaftliche Betreuungsprüfung mit Beratungsfunktion durch den genossenschaftlichen Prüfungsverband (§§ 53 ff. GenG) mit Redepflicht gegenüber Vorstand und Aufsichtsrat; eine solche Prüfung kennt nur das Recht der eG, sie hat ihren Grund in dem besonderen gesetzlichen Förderzweck der eG (Hilfe zu Selbsthilfe) und dient dem Schutz der Mitglieder und des privaten Rechtsverkehrs;
 - gleiches gilt für die rechtsformeigene sog. Förderwirtschaftlichkeits- und Geschäftsführungsprüfung der eG zusätzlich zur Rechnungslegungsprüfung (§§ 53, 53a GenG); geprüft wird auch, ob der Aufsichtsrat seiner Überwachungsaufgabe nachkommt;
 - die institutionelle Unabhängigkeit der Prüfungsverbände;
 - die Beaufsichtigung der Prüfungs- und Begutachtungstätigkeit der Verbände sowohl durch die Wirtschaftsprüferkammer (sog. Qualitätsaufsicht) als auch durch die Landeswirtschaftsministerien;
 - mögliche Nachschusspflicht der Mitglieder in der Insolvenz;
 - etc.
- All diese rechtsformimmanente Sicherheitsmerkmale kennt das Vereinsrecht nicht, weshalb primär die eingetragene Genossenschaft für die Erreichung der gesetzgeberischen Ziele und Zwecke des KCanG geeignet ist.

3. Auf die Rechtsform der eG bezogene Vorschläge zur zielentsprechenden Anpassung des KCanG

Unserer Ansicht nach sind die folgenden Anpassungen im KCanG vorzunehmen, u.a. um dem geltenden Organisationsrecht, sprich dem Genossenschaftsgesetz (GenG) hinreichend Rechnung zu tragen.

a. §§ 1 Ziffer 13, § 12 Abs. 1 Ziffer 4 lit. a) KCanG-E: Unterscheidung zwischen „Zweck“ und „Gegenstand“

Der Entwurf beinhaltet die Vorgabe, dass Zweck einer Anbauvereinigung ausschließlich der gemeinschaftliche nichtgewerbliche Eigenanbau und die Weitergabe von Cannabis zum Eigenkonsum durch und an Mitglieder sowie die Weitergabe von Vermehrungsmaterial sind.

Nach Maßgabe von § 12 Absatz 1 Ziffer 4 lit. a) KCanG ist einer Anbauvereinigung die Erlaubnis zum Cannabisanbau zu versagen, wenn die Satzung eine solche Regelung nicht enthält.

Diese Formulierung des Entwurfs droht in der Verwaltungspraxis zu einer vom Gesetzgeber ganz offensichtlich nicht gewollten Gesetzeskonkurrenz, Rechtsunsicherheit und zu Anwendungsschwierigkeiten zu führen.

Richtigerweise muss zwischen dem „Zweck“ der Vereinigung und dem „Gegenstand“ des genossenschaftlichen Geschäftsbetriebs unterschieden werden. Der statutarisch gewählte Unternehmensgegenstand ist das Mittel, mit dem die eG den unumstößlichen gesetzlichen Förderzweck i.S. von § 1 Absatz 1 GenG im Förderzweckgeschäftsbetrieb zu erreichen sucht. Beide sind also nicht identisch. Der Gegenstand konkretisiert den Zweck.

- Zweck einer eG ist zwingend, *den Erwerb oder die Wirtschaft ihrer Mitglieder oder deren soziale oder kulturelle Belange durch gemeinschaftlichen Geschäftsbetrieb zu fördern* (§ 1 Absatz 1 GenG), also das genossenschaftliche Selbsthilfeprinzip.
- Der gemeinschaftliche nichtgewerbliche Eigenanbau und die Weitergabe von Cannabis zum Eigenkonsum durch und an Mitglieder sowie die Weitergabe von Vermehrungsmaterial ist der Gegenstand des Unternehmens (s. § 6 Nr. 2 GenG).

Wir schlagen daher vor, dass die Anbauvereinigung – wie vom Gesetzgeber gewollt – auf die Selbstförderung ihrer Mitglieder ausgerichtet sein muss (Zweck) und dazu ausschließlich den gemeinschaftlichen nichtgewerblichen Eigenanbau und die Weitergabe von Cannabis zum Eigenkonsum durch und an Mitglieder sowie die Weitergabe von durch den Eigenanbau selbst entstandenem Vermehrungsmaterial zum Gegenstand haben darf. Die gesetzliche Zielsetzung wird durch den gewählten Gegenstand erreicht.

Eine solche Unterscheidung zwischen „Zweck“ und (Erreichung durch den) „Gegenstand“ kann auch in einer Vereinssatzung vorgenommen und gestaltet werden, wäre also in der Praxis sowohl für die eG als auch den e.V. handhabbar.

Ein Hinweis dazu noch: Unserer Ansicht nach steht § 25 Absatz 2 KCanG-E (s. die Begründung in Drs. 20/8704, Seite 119) nicht in Einklang mit den strikten Vorgaben zum Zweck / Gegenstand in den §§ 1 Ziffer 13, § 12 Abs. 1 Ziffer 4 lit. a) KCanG-E:

Denn die in der Gesetzesbegründung zur Generierung von anderen Einnahmen vorgesehene „*Vermietung und Verpachtung von nicht für den Vereinszweck [bzw. Genossenschaftszweck] benötigten Grundstücken und Gebäudeteilen*“ wäre nicht von dem derzeit als ausschließlich gewollten Zweck / Gegenstand umfasst. Derartige Tätigkeiten und Geschäfte müssten in der Satzung als zulässiger (Neben-)Zweck / Gegenstand angeführt sein, um insoweit – z.B. seitens des Vorstands, lt. Satzung ggf. nur mit Zustimmung des Aufsichtsrats – überhaupt tätig werden zu dürfen.

b. §§ 24, 25 KCanG-E:

**Zulassung des eigens genossenschaftlichen Förderentgelts – schon im Ansatz
kein Widerspruch zur „Selbstkostendeckung“**

Der Entwurf sieht in §§ 24, 25 KCanG-E sowohl für den e.V. als auch für die eG eine laufende komplette Finanzierung durch Beiträge und Beitragspauschalen vor.

§ 25 Absatz 2 KCanG-E legt fest, dass Anbauvereinigungen für die Weitergabe von Cannabis und Vermehrungsmaterial an ihre Mitglieder außer den Beiträgen i.S. von § 24 KCanG-E „keine Entgelte verlangen [...] dürfen“.

Diese Formulierung des Entwurfs droht in der Verwaltungs- und Gerichtspraxis zu einer vom Gesetzgeber ganz offensichtlich nicht gewollten Gesetzeskonkurrenz, Rechtsunsicherheit und zu Anwendungsschwierigkeiten zu führen.

Denn für Leistungen, die sich das einzelne Mitglied aus dem Förderprogramm der Genossenschaft auswählt, hat das Mitglied Förderentgelte an die Genossenschaft zu entrichten. Das ist auch bei sozialen, kulturellen oder sonst ideellen Inhalten der Fall. Es handelt sich um ein immanentes Merkmal der genossenschaftlichen Finanzverfassung (s. auch *BT-Drucks. 16/1025* v. 23.3.2006, Zu § 16 S. 84 „zu vergütende Leistung der Fördergeschäftsbeziehung“).

Demgemäß liegt der Unterschied zwischen Genossenschaften und Vereinen darin, wie die Förderleistung erwirtschaftet und von den Mitgliedern abgerufen wird.

- Der e.V. gründet seine Leistungsfähigkeit gemäß § 58 Nr. 2 BGB auf laufende Beiträge der Mitglieder und bei besonderen Anlässen auf Umlagen.
- Dagegen kennt das Recht der eG grundsätzlich keine allgemeinen laufenden Beiträge und keine Sonderumlagen. Die auf Kostendeckung festgelegte eG lässt sich ihre Förderleistungen in der Geschäftsbeziehung zu den Mitgliedern konkret „vergüten“ (= sog. Förderentgelt \triangleq „Leistungsentgelt“).
- Während der e.V. seine Kosten umlegt, muss die eG ihre Förderkosten durch Förderentgelte erwirtschaften.

Die seit 2006 in § 16 Absatz 3 Satz 2 GenG bei entsprechender Satzungsregelung ermöglichte „Zahlung laufender Beiträge für Leistungen, welche die Genossenschaft den Mitgliedern erbringt oder zur Verfügung stellt“ ist in der Sache kein Beitrag im herkömmlichen Sinne, sondern ein förderwirtschaftliches Entgelt für die andauernd vorgehaltene Förderleistungsbereitschaft der eG; diese laufenden Beiträge stehen also unabhängig von der konkreten Leistungsbeziehung. Daher kollidiert die in § 24 KCanG-E vorgesehene Mengenstaffelung mit dem Genossenschaftsrecht.

Es handelt sich also bei den laufenden Beiträgen nicht um eine instrumentale Alternative zum Förderentgelt (\triangleq „Leistungsentgelt“), sondern zu einer höheren (Eigen-) Kapitalausstattung durch Einzahlungen auf die Geschäftsanteile (so ausdrücklich *BT-Drucks. 16/1025* v. 23.3.2006, Zu § 16 S. 84), die „allen Mitgliedern zugute kommt“ (s. statt aller zum Ganzen auch *Beuthien, Kommentar zum GenG, 16. Auflage 2018, § 1 Rn. 21 und § 16 Rn. 24*).

Der Gesetzgeber ordnet die mögliche Beitragspflicht ausdrücklich nicht dem Abschluss von Förderrechtsgeschäften, sondern sachlich „*den Zahlungsverpflichtungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3*“ zu, also der Erhöhung des Geschäftsanteils oder der Pflichtbeteiligung mit mehreren Geschäftsanteilen (*so ausdrücklich BT-Drucks. 16/1025 v. 23.3.2006, Zu § 16 S. 84*).

Der in der Regel entgeltliche Förderzweckgeschäftsverkehr mit den Mitgliedern (*hier in Kurzform: Kauf von in der eigenen Anbauvereinigung selbst angebautem Cannabis zum Eigenkonsum*) ist notwendiger Bestandteil der Tätigkeit einer eG; daneben können die Mitglieder in der Satzung auch festlegen, dass sie zum Zwecke der Finanzierung von besonderen Einrichtungen oder Leistungen laufende Beiträge erheben. Das konkrete “Leistungsentgelt“ zu ersetzen, vermögen diese aber nicht.

- Diese von den Mitgliedern erhaltenen Entgelte sind genossenschaftliche Förderentgelte, die nicht verwechselt werden dürfen oder gar gleichzusetzen sind mit einer kommerziellen Tätigkeit der eG oder einer Ausrichtung der eG auf eine Gewinnerzielungsabsicht.
- Rechtsformimmanente Förderentgelte stehen der vom Gesetzgeber gewollten „Selbstkostendeckung“ nicht entgegen. Im Gegenteil. Sie sind integraler Bestandteil der genossenschaftlichen, nicht auf Gewinnerzielung ausgerichteten Selbsthilfewirtschaft.
- Zudem ermöglichen gerade die Förderentgelte, verbunden mit der möglichen genossenschaftlichen Rückvergütung die vom Gesetzgeber gewollte „*faire Kostenverteilung zwischen den Mitgliedern*“ in ganz besonderer Art und Weise.

Wir schlagen daher vor, den rechtsformbedingten Unterschieden in der Finanzverfassung von Genossenschaften und Vereinen Rechnung zu tragen und für Anbauvereinigungen in der Rechtsform der eG die eigens genossenschaftlichen Förderentgelte in dem geschilderten Sinne im KCanG zuzulassen und die §§ 24, 25 KCanG-E entsprechend zu ändern.

4. Weitere Vorschläge zur zielsprechenden Anpassung des KCanG

a. Einreichung von Jahresabschluss und Prüfungsbericht bei der zuständigen Landesbehörde

Als unabhängige Informations- und Erkenntnisquelle, für eine Erhöhung der Transparenz, für mehr Effizienz und Effektivität der Verwaltung und für insgesamt mehr Sicherheit aller Beteiligten könnte im KCanG vorgesehen werden, dass die genossenschaftlichen Prüfungsverbände den Jahresabschluss und den Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses auf Anforderung der für die betreffende „Anbauvereinigungs-eG“ zuständigen Landesbehörde einzureichen haben.

So ist das z.B. im Bankenaufsichtsrecht in § 26 Absatz 1 Satz 4 Kreditwesengesetz (KWG) für genossenschaftliche Institute normiert.

Gegenstand der durch den unabhängigen Prüfungsverband durchzuführenden Pflichtprüfung nach §§ 53 ff. GenG und damit Berichtsinhalt sind bei einer eG die Einrichtungen, die Vermögenslage, die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung einschließlich der Einhaltung des Förderzwecks und der Mitgliederliste sowie der Jahresabschluss unter Einbeziehung der Buchführung.

- **Diese rechtsformimmanenten Sicherheitsmerkmale der eG kennt das Vereinsrecht nicht (s. auch oben Gliederungspunkt 2. d.).**
- **Im Hinblick auf die Sicherheit und Verlässlichkeit zeigt sich also eine Abstufung zwischen e.V. und eG, die im Rahmen der Ausgestaltung einer verhältnismäßigen Überwachung berücksichtigt werden kann und sollte.**

Sollten für die Prüfung von „Anbauvereinigungs-eGn“ insoweit organisationsrechtliche Größenerleichterungen gelten (§ 53, § 53a, GenG; § 336 Absatz 2 Satz 3 HGB, § 267a Absatz 1 HGB), könnten diese gegebenenfalls eigens für diese Genossenschaftsart aus branchen- und schutzzweckspezifischen Gründen aufgehoben werden, so dass für eine „Anbauvereinigungs-eG“ die Regelprüfung gemäß § 53 Absatz 1 Satz 1 GenG oder § 53 Absatz 1 Satz 1 GenG zur Anwendung käme.

Alternativ und vorzugswürdig wäre es, im Rahmen der staatlichen Überwachung von Anbauvereinigungen eine Dreistufigkeit der Anforderungen entsprechend dem rechtsformspezifischen Sicherheitsniveau vorzusehen:

Höhereaufsichtsrechtliche Anforderungen an den e.V., abgestuft über die „kleine eG“ bis hinab zur „Regel-eG“, die sich zusätzlich privatrechtlich der Vollprüfung nach § 53 GenG unterwirft; prädestiniert für derartige Festlegungen wäre die bereits vorgeschlagene Zentralstelle der Länder.

Im Bankenaufsichtsrecht sind in § 29 KWG zudem für alle Institute die branchenspezifischen Prüfungsanforderungen definiert, die im Rahmen der Abschlussprüfung zu berücksichtigen sind, da sie für die Zwecke der Aufsicht als erforderlich angesehen werden.

Korrespondierend dazu konkretisiert die sog. Prüfungsberichtsverordnung die Berichtspflichten des Prüfers hinsichtlich Art, Umfang und Zeitraum der Berichterstattung. Für die Bankenaufsicht bilden die Prüfungsberichte eine zentrale und wichtige Erkenntnisquelle. Hinzu tritt z.B. die unverzügliche sog. Redepflicht des Abschlussprüfers gegenüber der Aufsichtsbehörde nach § 29 Absatz 4 KWG bei Bekanntwerden von bestandsgefährdenden Tatsachen oder schwerwiegenden Verstößen der Geschäftsleiter gegen Gesetz oder Satzung.

Die besondere genossenschaftliche Pflichtprüfung (s. dazu oben Gliederungspunkt 2. d.) und die Möglichkeit, zum Zwecke der Auswertung und Informationsgewinnung den Prüfungsbericht auf Verlangen vorgelegt zu bekommen, trüge wesentlich zur Effizienz der Aufsicht bei und würde die (Rechts-) Sicherheit für alle Beteiligten fördern, nicht zuletzt diejenige der Organmitglieder, Mitglieder und Konsumenten.

b. Differenzierte gesetzliche Ausgestaltung von „Anbauvereinigungs-e.V.“ und „Anbauvereinigungs-eG“

Eine weitere praxisnahe Gestaltungsmöglichkeit bestünde darin, mit dem unterschiedlichen rechtsformspezifischen Sicherheitsniveau auch bereits eine Stufigkeit hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben unmittelbar auf der Ebene der Anbauvereinigungen vorzusehen, so z.B.

- Privater Eigenanbau (§§ 9, 10 KCanG-E): eine erwachsene Person mit bis zu 3 Pflanzen
- „Anbauvereinigungs-e.V.“: maximal 50 / 100 Mitglieder und damit eine Abgabebegrenzung auf maximal 2,5 / 5 kg pro Monat sowie nur volljährige geringfügig Beschäftigte zur fachkundigen Unterstützung des gemeinschaftlichen Eigenanbaus möglich;
 - dies trüge vor allem bei privaten Kleingruppen (z.B. Homebox / Gewächshaus im Garten für mehrere Konsumenten vor Ort) dazu bei, den illegalen Markt für Cannabis einzudämmen und den beabsichtigten Gesundheitsschutz flächendeckend zu verbessern.
- „Anbauvereinigungs-eG“: maximal 1.000 Mitglieder und damit eine Abgabebegrenzung auf maximal 50 kg pro Monat sowie sozialversicherungspflichtige Beschäftigte zur fachkundigen Unterstützung im Eigenanbau möglich plus Anpassung möglicher Mengen für den Transport von Cannabis zwischen Teilen einer Anbauvereinigung (s. zum Transport auch unten Gliederungspunkt 5. b. bb. (3));
 - dies trüge vor allem dazu bei, die Verwaltung zu entlasten (geringe Anzahl von Anbauvereinigungen) und gleichzeitig die Effizienz und Effektivität der Verwaltung und die Sicherheit für alle Beteiligten zu steigern sowie den beabsichtigten Gesundheitsschutz zu verbessern.

5. Nutzung der akkreditierten Zertifizierung als Teil der Qualitätsinfrastruktur

a. Aktuelle Ausgestaltung des Regierungsentwurfs (BT-Drucks. 20/8704)

Der aktuelle Entwurf für ein KCanG sieht an verschiedenen Stellen Sicherungsmaßnahmen gegen unzulässige Handhabung von Cannabis und Vermehrungsmaterial durch Anbauvereinigungen vor, die von den zuständigen Behörden überprüft werden müssen.

Dies betrifft beispielsweise die Qualität des Cannabis (Verschnittverbot, § 21 Absatz 1 KCanG-E) und den Transport von Cannabis und Vermehrungsmaterial (s. §§ 19 Absatz 1 Satz 2, 22 Absatz 3 KCanG-E).

In § 17 Absatz 3 und 4 KCanG-E sind Anforderungen an die Anbaupraxis und eine Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrates vorgesehen, um sicheres Cannabis zu gewährleisten; in § 17 Absatz 4 Nr. 3 ist bereits angelegt, dass auch kompetente und verlässliche (private) Analyselabore in die Überwachung der Höchstgehalte eingebunden werden können, sollte der Verordnungsgeber sich dazu entscheiden. Denn die staatlichen Labore wären mit diesen Aufgaben kapazitativ überfordert.

b. Vorschläge zur Ergänzung der Verordnungsermächtigungen

aa. § 17 Absatz 4 KCanG-E: Akkreditierte Labore

Die Verordnungsermächtigung in § 17 Absatz 4 Nr. 3 KCanG-E ermöglicht bereits, für derartige Analysen akkreditierte, also damit auch mittelbar staatlich überwachte, Labore (Konformitätsbewertungsstellen) zuzulassen.

Bei der **Lebensmittelüberwachung** ist es seit Jahrzehnten etablierte Praxis, dass nach DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditierte Labore durch die Hersteller als unabhängige Dritte für die Analyse auf unerlaubte Stoffe oder zu hohe Konzentrationen von Pestiziden und Insektiziden etc. beauftragt und eingebunden werden. Die in § 17 Absatz 4 Nr. 1 KCanG-E genannten Höchstgehalte werden von derartigen Laboren bereits heute in den unterschiedlichsten Matrices (= Untersuchungsgegenständen) routinemäßig mit höchster Präzision valide analysiert und auf Konformität mit den Höchstgehalten bewertet. Die Prüfberichte derartiger Labore sind verlässlich, weil sie ihre Kompetenz und Verlässlichkeit durch die erfolgreiche Akkreditierung durch die „Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS)“ und durch die mindestens jährliche Überwachung nachgewiesen haben und kontinuierlich nachweisen (vgl. sog. Akkreditierungsverordnung, Verordnung (EG) Nr. 765/2008, Abl. EU 2008 L 218/30 und AkkStelleG). Anders als medizinische Labore, die auf Humanproben ausgerichtet und nach anderen Normen akkreditiert sind, stehen bei den nach DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditierten Laboren der Untersuchungsgegenstand im Fokus und die Einhaltung der vom Gesetz-/Verordnungsgeber festgelegten Höchstgehalte.

Wir schlagen daher vor, in der Verordnung gemäß § 17 Absatz 4 Nr. 3 KCanG-E die Beauftragung von Laboren vorzusehen, die für die Analyse und Bewertung der in Nr. 1 und 2 gestellten Anforderungen gemäß DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditiert sind.

Dies ermöglicht es, die staatlichen Labore von derartigen Massenanalysen zu entlasten und auf die bereits vorhandene Kompetenz im Bereich der durch das New Legislative Framework der Europäischen Union und den deutschen Gesetzgeber geschaffene Qualitätsinfrastruktur zurückzugreifen (vgl. *allgemein Blue Guide der EU-Kommission vom 29.6.2022, Abl. EU 2022 C 247/I*).

bb. Einführung weiterer Verordnungsermächtigungen

Folgende weitere Regelungsbereiche bieten sich für die Konkretisierung durch Verordnungen an, die vom Bundesgesundheitsministerium für Ernährung und Landwirtschaft im Einvernehmen mit dem Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates erlassen werden könnten. Dabei würde es sich anbieten, eine – wie oben unter Gliederungspunkt 1. vorgeschlagene – Zentralstelle in fachlicher Hinsicht einzubinden, um deren besonderes Fachwissen zu nutzen und im weiteren Verlauf deren Erkenntnisse aus der Rechtsanwendung berücksichtigen zu können.

(1) § 18 Absatz 2 KCanG-E: Stichproben

Die Art und Weise sowie Häufigkeit der Stichproben von angebautem Cannabis und Vermehrungsmaterial sollten in einer Verordnung geregelt werden, um ein bundesweit einheitliches Sicherheitsniveau zu gewährleisten.

Dabei sollte es ermöglicht werden, dass die Probenahme der Stichproben durch dafür nach DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditierte Prüflaboratorien und damit verlässlich (rückverfolgbar) durch kompetente, unabhängige Dritte durchgeführt werden können. Diese fakultative Regelung würde es den überwachenden Behörden ermöglichen, sich auf die damit verbundene Konformitätsvermutung regelmäßig zu verlassen und bei der Häufigkeit und Intensität der eigenen Überwachungsmaßnahmen zu berücksichtigen. Kleinen Anbauvereinigungen sollte dagegen aus Kostengründen die eigenhändige Erfüllung der Anforderungen weiterhin möglich sein.

(2) § 21 Absatz 1 KCanG-E: Verschnittverbot

Die Verordnungsermächtigung in § 21 Absatz 4 KCanG-E sollte auf die Überwachung des Verschnittverbotes (§ 21 Absatz 1 KCanG-E) erweitert werden.

In der Rechtsverordnung kann zur Erhöhung der Sicherheit eine Produktzertifizierung nach DIN EN ISO/IEC 17065 und/oder Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen nach DIN EN ISO/IEC 17021-1 in Verbindung mit DIN EN ISO 9001 durch akkreditierte Konformitätsbewertungsstellen vorgesehen werden. Die Zertifizierung durch mittelbar staatlich überwachte akkreditierte Konformitätsbewertungsstellen bewirkt eine Konformitätsvermutung, welche die Überwachungsbehörden berücksichtigen können. Auch eine solche Regelung sollte wegen den damit verbundenen Kosten fakultativ sein; sie bietet aber die Möglichkeit, das Sicherheitsniveau für alle Beteiligten erkennbar durch die (freiwillige) Einführung derartiger Qualitätsmaßnahmen zu verbessern und verlässlicher auszugestalten.

(3) § 22 KCanG-E: Transport

Wir schlagen vor, den § 22 KCanG-E um die Möglichkeit zu ergänzen, die Transporte durch für Arzneimitteltransporte oder Werttransporte zertifizierte Unternehmen durchführen zu lassen.

Der Gesetzesentwurf fordert die ständige Begleitung des Transports von Cannabis und Vermehrungsmaterial durch ein Mitglied der Anbauvereinigung. Dies soll der Transportsicherheit und Überprüfbarkeit während des Transports dienen. Anforderungen an die Zuverlässigkeit des den Transport begleitenden Mitglieds sieht der Entwurf nicht vor, sodass hier entgegen der Absicht des Gesetzgebers sogar eine Sicherheitslücke besteht.

Das berechtigte Anliegen des Gesetzgebers unterscheidet sich nicht von dem bei Arzneimitteltransporten oder Werttransporten. Es besteht kein Grund, für Konsumcannabis zwingend andere Anforderungen an den Transport zu stellen als sie bereits heute für den Transport von Arzneimitteln (incl. Opioide) und Medizinalcannabis bestehen. Die dort bestehenden Anforderungen können auch hier zur Anwendung kommen.

Daher sollten Unternehmen, die die Anforderungen gemäß § 7 Absatz 5 und 6 AMWHV in Verbindung mit der „**Good Distribution Practice (GDP)**“ in der Arzneimittellogistik erfüllen, für den Transport ohne Begleitung durch ein Mitglied zugelassen werden. Der sorgfältig überwachte und dokumentierte Transport von sicherungsbedürftigen Gegenständen ist darüber hinaus „daily business“ von Unternehmen aus der Branche der Geld- und Werttransporte, deren Mitarbeiter ihrerseits bereits eine Sicherheitsüberprüfung erfolgreich durchlaufen haben.

Die Zulassung von entsprechend zuverlässigen Transportunternehmen erhöht zum einen die Transportsicherheit und ermöglicht es zugleich, effiziente Organisationsprozesse zu etablieren. Dabei sollte es sich nur um Unternehmen handeln, deren Zertifizierung durch eine akkreditierte Konformitätsbewertungsstelle als unabhängige Dritte erteilt oder durch entsprechende Inspektionsbestätigungen der zuständigen Behörden (z.B. gemäß Art. 111 der Richtlinie 2001/83/EG, Abl. EG 2001, L 311/67) bestätigt worden ist.

Die konkreten Anforderungen könnten in einer Rechtsverordnung geregelt werden, sodass hierfür eine Verordnungsermächtigung auch in § 22 KCanG-E zu empfehlen ist.

Bei Fragen und für weitergehende Erläuterungen oder Ausarbeitungen stehen wir selbstverständlich und sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Marcus Geschwandtner

Prof. Dr. Joachim Bloehs

Dr. Angela Graf