

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/21484 –**

Entwicklungen der Nutzung von Cannabis als Genussmittel sowie der medizinischen und gewerblichen Nutzung

Vorbemerkung der Fragesteller

Im März 2017 hat der Deutsche Bundestag mit dem Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften bzw. dem „Cannabis-als-Medizin-Gesetz“ (Bundestagsdrucksache 18/8965) einstimmig eine gesetzliche Grundlage für die Verordnung von Cannabis als Medizin geschaffen. Dies geschah, nachdem die patientenindividuellen Ausnahmeerlaubnisverfahren nach § 3 Absatz 2 des Betäubungsmittelgesetzes, wonach eine Therapie mit Cannabis in Einzelfällen möglich war, deutlich anstiegen und zudem gerichtlich festgestellt wurde, dass auch der Eigenanbau von Cannabis zum medizinischen Gebrauch nicht grundsätzlich untersagt werden könne (Urteil vom 6. April 2016 – BVerwG 3 C 10.14). Obwohl Schwierigkeiten der Verordnung, Versorgung, Kostenübernahme und des Anbaus immer wieder parlamentarisch thematisiert wurden, hat sich nach Ansicht der Fragesteller die Situation für die Patientinnen und Patienten seitdem nur teilweise verbessert (vgl. u. a. Bundestagsdrucksachen 19/5862, 19/6196, 19/4835, 19/19521, 19/18292 sowie 19/13890 – Schriftliche Frage 120f).

Doch die Entwicklungen stehen nicht still. Der Umgang mit Cannabis hat sich vor allem international weiterentwickelt. Nicht zuletzt hat mit Kanada eine westliche Industrienation landesweit die kontrollierte Abgabe von Cannabis zur Nutzung als Genussmittel für Erwachsene legalisiert (Cannabis Act (S.C. 2018, c. 16)). Auch das Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt eine Neubewertung von Cannabis, einschließlich der Herausnahme von Cannabidiol (CBD) aus der internationalen Drogenkontrolle (vgl. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/who-expert-committee-on-drug-dependence-review-of-cannabis>, abgerufen am 4. Juni 2020). Die Abstimmung über diese Empfehlungen wurde auch auf Betreiben der Bundesregierung verschoben (<https://undocs.org/E/CN.7/2020/L.8>). Wäre es zu einer Abstimmung gekommen, hätte Deutschland gemäß eines Beschlusses des Rates der Europäischen Union der Neubewertung von CBD nicht zugestimmt (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Mündliche Frage 58, Plenarprotokoll 19/151 und <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2019/DE/COM-2019-624-F1-DE-MAIN-PART-1.PDF>).

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 16. September 2020 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Zudem hat auf europäischer Ebene die auch von der Bundesregierung unterstützte Entscheidung der EU-Kommission, Extrakte aus Cannabis sativa L. und daraus gewonnene Produkte, die CBD enthalten, als „Novel Food“ einzustufen (neuartiges Lebensmittel; http://ec.europa.eu/food/safety/novel_food/catalogue/sarch/public/index.cfm, Suchwort „Cannabinoids“, abgerufen am 8. Juni 2020) bei Verbraucherinnen und Verbraucher, Produzentinnen und Produzenten sowie Händlerinnen und Händler dieser Produkte, deren THC-Gehalt unter 0,2 Prozent liegt, für Irritationen gesorgt. Ob ein konkretes Produkt die Voraussetzungen erfüllt oder ein langwieriges und kostenintensives Zulassungsverfahren durchlaufen werden muss, bedarf einer Einzelfallprüfung (vgl. Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes: Verkehrsfähigkeit von Cannabidiol(CBD)-haltigen Lebensmitteln, Juli 2019). Als Folge dieser Einstufung sind ein rechtlicher Graubereich und eine unklare Marktsituation entstanden. So haben nicht nur, je nach Region, zahlreiche Razzien in Hanfläden stattgefunden (vgl. <https://www.mainpost.de/regional/wuerzburg/16-Razzien-in-bayerischen-Hanflaeden-Bislang-zwei-Anklagen;art735,10417426>), es wurden auch Prozesse geführt, die aus Sicht der Fragesteller kaum zur Klärung der rechtlichen Situation der Händlerinnen und Händler beitragen konnten (vgl. <https://www.badische-zeitung.de/prozess-gegen-lahrer-hanf-haendler-offenbart-knifflige-rechtslage--185947232.html>).

Trotz dieser restriktiven Signale hat sich das Europäische Parlament für einen EU-weiten Ansatz zur medizinischen Nutzung von Cannabis sowie zur Förderung von Innovationen im Bereich von Cannabis als Medizin ausgesprochen (2018/2775(RSP); <https://www.europarl.europa.eu/news/de/headlines/society/20190207STO25316/medizinisches-cannabis-in-europa-abgeordnete-wollen-mehr-forschung>). In ihrer Entschließung fordern die Abgeordneten die Kommission und die nationalen Behörden auf, die regulatorischen, finanziellen und kulturellen Hindernisse zu beseitigen, vor denen die Cannabis-Forschung steht. Die Forschung solle angemessen finanziert und medizinisches Personal besser informiert werden.

Auch der 122. Deutsche Ärztetag hat einen entsprechenden Beschluss gefasst, in dem die Bundesregierung aufgefordert wird, ein Forschungsprogramm zum medizinischen Nutzen von Cannabis-Arzneien und Cannabis-Blüten aufzulegen (Beschlussprotokoll des 122. Deutschen Ärztetages vom 19. bis 31. Mai 2019, Münster, S. 170).

Regionale wissenschaftliche Modellprojekte zur kontrollierten Abgabe von Cannabis sind beispielsweise in Berlin und Bremen geplant (vgl. https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt_artikel,-neuer-anlauf-fuer-cannabismodellprojekt-in-bremen-_arid,1916538.html). Diese sollen zu einem Erkenntnisgewinn beitragen, der über den medizinischen Nutzen hinausgeht. Die Projekte werden jedoch von der Bundesregierung nicht nur nicht gefördert, sondern aktiv blockiert (vgl. <https://www.neues-deutschland.de/artikel/1135306.cannabis-modellversuch-darauf-erstmal-einen-joint.html> und Antwort der Bundesregierung auf die Mündliche Frage 45, Plenarprotokoll 19/155). Inzwischen wurden durch die Länder Bremen und Thüringen wiederholt Initiativen für Cannabis-Modellprojekte in den Bundesrat eingebracht und die Bundesregierung aufgefordert, „den vielfältigen Initiativen auf Landes- und kommunaler Ebene Rechnung zu tragen“ (Bundratsdrucksache 296/20). Unlängst hat eine Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages Hinweise darauf geliefert, dass die Verfolgung einer strikten Drogenpolitik wenig bis keinen Einfluss auf das Konsumverhalten hat (Sachstand der Wissenschaftlichen Dienste, Legalisierung von Cannabis, November 2019, S. 4). Der Paritätische Gesamtverband stellte in einem Positionspapier 2017 fest, die repressive Politik habe weder den Konsum reduziert noch zu weniger gesundheitlichen Schäden geführt (vgl. <https://www.der-paritaetische.de/fachinfo/stellungnahmen-und-positionen/positionspapier-paritaetischer-gesamtverband-zu-r-cannabispolitik/>). Zudem zeigen neue Daten des Statistischen Amtes Kanadas, dass dort der Cannabis-Konsum der 15- bis 17-jährigen Jugendlichen seit der Einführung der kontrollierten Abgabe um 20 Prozent abgenommen hat und sich der Bezug von Cannabis aus illegalen Quellen von 52 auf 40 Prozent

deutlich reduziert hat (vgl. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2020014-eng.htm>).

Die im Zuge dieser Entwicklungen nach Ansicht der fragestellenden Fraktion oftmals passive Haltung der Bundesregierung ist dem Stand der Wissenschaft nicht angemessen, trägt zu Rechtsunsicherheiten im Umgang mit Cannabis bei und lässt zahlreiche Fragen offen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung verfolgt das gesundheitspolitische Ziel einer qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland mit Arzneimitteln auf Cannabisbasis.

Mit dem Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 6. März 2017, das der Deutsche Bundestag am 19. Januar 2017 einstimmig angenommen hat, wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Ermöglichung des Anbaus von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Deutschland sowie für die Einfuhr von medizinischem Cannabis aus dem Ausland, die weiterhin rechtlich möglich bleibt, geschaffen. Zugleich hat dieses Gesetz die medizinische Behandlung mit Arzneimitteln auf Cannabisbasis durch die Herstellung der betäubungsmittelrechtlichen Verkehrs- und Verschreibungsfähigkeit und durch die Möglichkeit zur Erstattung von Arzneimitteln auf Cannabisbasis durch Krankenkassen nach den Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetz, in die Regelversorgung überführt.

Seit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes hat die Menge des nach Deutschland importierten Medizinalcannabis stark zugenommen, ist die Vielfalt der zur Patientenversorgung in Deutschland zur Verfügung stehenden Sorten an Medizinalcannabis erheblich angestiegen und hat auch die Menge des in Apotheken auf ärztliche Verschreibung zur medizinischen Behandlung von Patientinnen und Patienten abgegebenen Medizinalcannabis zugenommen.

Mit diesem Gesetz wurden die rechtlichen Grundlagen für einen in Deutschland neuen medizinischen Versorgungsmarkt mit Medizinalcannabis geschaffen. In den weniger als vier Jahren seit dem Inkrafttreten des Gesetzes hat sich dieser junge Markt stetig fortentwickelt. Vor diesem Hintergrund, aber auch im Hinblick auf das durch dieses Gesetz erweiterte ärztliche Behandlungsspektrum, bewertet die Bundesregierung die Auswirkungen dieses Gesetzes grundsätzlich positiv.

Die Bundesregierung hat bereits anlässlich früherer Kleiner Anfragen (Bundestagsdrucksache 19/310 und 19/853) ausgeführt, dass sie eine Legalisierung der Verwendung von Cannabis zu nicht-medizinischen Genuss- /Rauschzwecken aus Gründen des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung und des Einzelnen ablehnt.

Die Gesundheitsgefahren des Cannabismissbrauchs insbesondere bei Jugendlichen und Heranwachsenden sind medizinisch erwiesen. Unter anderem bestätigte die Studie „Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis)“, die 2017 den Forschungsstand zum Thema Cannabis zusammenfasste, dass die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit keine Seltenheit ist, und dass das Risiko für psychische Störungen, wie etwa Depressionen, Angsterkrankungen und Psychosen sich erhöht. Besondere Risiken liegen im frühen Konsumbeginn in der Adoleszenz, intensiven Gebrauchsmustern, dem Co-Konsum von Tabak sowie im Konsum synthetischer Cannabinoide. Zusammenfassend belegen die evidenzbasierten Fakten ein erhöhtes Risiko für negative psychische, organische und soziale Konsequenzen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Cannabis zu Genuss-/Rauschzwecken.

Die bestehenden Verbotsregelungen des Betäubungsmittelrechts sind in die von der Bundesregierung verfolgte ausgewogene Drogenpolitik eingebettet, die auf Prävention, Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg, Maßnahmen zur Schadensreduzierung sowie das Vorgehen gegen Drogenkriminalität basiert. Für die generalpräventive Wirkung der Strafandrohungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) spricht der hohe Anteil von Personen, die niemals illegale Drogen konsumiert haben. Alle Elemente dieses ganzheitlichen Ansatzes dienen gemeinsam dem Ziel, den Konsum illegaler Drogen auf ein möglichst niedriges Niveau zu reduzieren.

Vor diesem Hintergrund unterstützt die Bundesregierung die Ziele und Grundsätze der internationalen Drogenpolitik, wie sie im Abschlussdokument der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Welt drogenproblem von 2016 (englisch United Nations General Assembly Special Session, UNGASS 2016), in der Drogenstrategie der Europäischen Union (2013 bis 2020) sowie im Drogenaktionsplan der Europäischen Union (2017 bis 2020) zum Ausdruck kommen.

Soweit die Fragesteller in ihrer Vorbemerkung die Entwicklungen zu Cannabis in Kanada ansprechen, ist darauf hinzuweisen, dass das Einheits-Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1961 über Suchtstoffe, die Verwendung von Suchtstoffen zum Schutz der Gesundheit der Menschen auf ausschließlich medizinische und wissenschaftliche Zwecke beschränkt. Die Bundesrepublik Deutschland hat dieses Übereinkommen ratifiziert und ist an die darin enthaltenen völkerrechtlichen Verpflichtungen gebunden. Das Suchtstoffkontrollamt der Vereinten Nationen (englisch International Narcotics Control Board, INCB) hat anlässlich des Inkrafttretens des kanadischen Gesetzes zur Legalisierung von Cannabis zu nicht-medizinischen Genuss-/Rauschzwecken (Bill C-45) geäußert, dass diese Entscheidung nicht mit den Vorgaben des vorgenannten Übereinkommens vereinbar sei (<https://www.incb.org/incb/en/news/press-releases/2018/statement-by-the-international-narcotics-control-board-on-the-entry-into-force-of-bill-c-45-legalising-cannabis-for-non-medical-purposes-in-canada.html> sowie Seite 11, Ziff. 61 des INCB-Jahresberichtes 2018 <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2018.html>).

Die von den Fragestellern in Bezug genommenen Angaben des Statistischen Amtes Kanadas zum dortigen nationalen Cannabis Survey zeigen, dass der Cannabiskonsum in Kanada im Jahr 2019, mithin im ersten Jahr der dortigen Cannabis-Legalisierung, um zwei Prozentpunkte auf 17 Prozent angestiegen ist (Prozentsatz der Kanadier ab 15 Jahren und älter, die in den drei Monaten vor der Umfrage Cannabis konsumiert haben). Vor der Cannabis-Legalisierung im Jahr 2018 lag dieser Anteil bei 15 Prozent. Für vier von zehn kanadischen Provinzen ist ein Anstieg zwischen drei und fünf Prozent angegeben, wobei der Anstieg in zwei Fällen bei fünf und in je einem Fall bei drei beziehungsweise vier Prozent lag. Die auf die Jahre 2018 und 2019 bezogenen Zahlen des Statistischen Amtes Kanadas zeigen auch, dass junge Menschen weiterhin in sehr erheblichem Umfang Cannabis konsumieren, da sich dortige Angaben auch auf die Altersgruppen „15 Jahre und älter“, 15 bis 17 Jahre“, „18 bis 24 Jahre“ beziehen. Danach haben Jugendliche in Kanada nach wie vor Zugang zu Cannabis. Diese Situation besteht, obwohl es ein zentrales Ziel der neuen Regelungen Kanadas ist, Jugendliche am Zugang zu Cannabis zu Genuss-/Rauschzwecken zu hindern und kriminelle Cannabisaktivitäten durch Androhung und Verhängung schwerer Strafen für Gesetzesbrecher zu verhindern, insbesondere für diejenigen, die Jugendliche mit Cannabis versorgen (<https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/c-45/royal-assent>).

Die pauschale Aussage der Fragesteller, die Abstimmung über die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (englisch World Health Organization, WHO) zu Cannabis und Cannabis-verbundenen Stoffen in der 63. Sitzung der

Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (englisch Commission on Narcotic Drugs, CND) sei auch auf Betreiben der Bundesregierung verschoben worden und Deutschland hätte im Falle einer Abstimmung einer Neubewertung des Cannabisstoffes Cannabidiol (CBD) nicht zugestimmt, wird von der Bundesregierung nicht geteilt. Gestützt auf Artikel 83 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 218 Absatz 9 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (EU) hat der Rat am 17. Februar 2020 einen über den im Namen der EU auf der 63. Tagung der CND über die Aufnahme von Cannabis und Cannabisverwandten Stoffen in die Anhänge des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe in der durch das Protokoll von 1972 geänderten Fassung und des Übereinkommens von 1971 über psychotrope Stoffe zu vertretenden Standpunkt gefasst. Der Beschluss des Rates stellt die Position der EU und ihrer Mitgliedstaaten und nicht eine Einzelmeinung der Bundesregierung dar.

Über den Beschluss des Rates hat die Bundesregierung den Deutschen Bundestag nach Maßgabe des Gesetzes über die Zusammenarbeit von Bundesregierung und Deutschem Bundestag in Angelegenheiten der EU unterrichtet.

Wäre es zu einer inhaltlichen Abstimmung während der 63. Sitzung der CND gekommen, dann hätten diejenigen Mitgliedstaaten der EU, die auch Mitglied der CND sind (darunter Deutschland), drei WHO-Empfehlungen zugestimmt und eine Empfehlung abgelehnt. Zu zwei Empfehlungen, darunter diejenige zu CBD, sollte die WHO um weitere Klarstellung gebeten werden. Die Entscheidung, die Abstimmung über die WHO-Empfehlungen in die wiedereröffnete 63. Sitzung der CND im Dezember 2020 zu verschieben, wurde von allen CND-Mitgliedsstaaten einstimmig gefasst, nachdem zuvor die EU und weitere Partner noch versucht hatten, wenigstens zu einem Teil der sechs WHO-Empfehlungen während der 63. Sitzung der CND im März diesen Jahres abzustimmen.

Im Hinblick auf die Ausführungen der Fragesteller zu Cannabidiol (CBD) ist anzumerken, dass der so genannte Novel Food-Katalog als eine Orientierung dient, ob ein Produkt eine Zulassung gemäß der Verordnung über neuartige Lebensmittel benötigt; eine solche Zulassung kann nur erfolgen, sofern die Erzeugnisse keine Arzneimittel oder Betäubungsmittel sind.

Gegebenenfalls ändert die Europäische Kommission (im Folgenden: EU-Kommission) den Katalog, wenn neue Informationen zur Verfügung stehen. Mit den Aussagen zu CBD im Novel Food-Katalog hat die EU-Kommission klargestellt, dass die betreffenden Lebensmittel EU-weit als neuartige Lebensmittel eingestuft werden. Grund ist, dass für diese Produkte bisher keine Nachweise erbracht worden sind, die einen nennenswerten Verzehr im Sinne der Novel Food-Verordnung belegen. Die Entscheidung über diese Einstufung wurde von der EU-Kommission und den Mitgliedstaaten nach Sichtung und Wertung aller verfügbaren Informationen einvernehmlich getroffen.

Nach den Vorgaben der EU-Verordnung (EG) Nr. 178/2002 zählen Arzneimittel und Betäubungsmittel nicht zu den Lebensmitteln. Bevor CBD als neuartiges Lebensmittel zugelassen werden kann, ist mithin für das jeweilige Produkt auszuschließen, dass es sich um ein Arzneimittel oder um ein Betäubungsmittel handelt. Die Bewertung und Überwachung der Verkehrsfähigkeit der in Frage stehenden Erzeugnisse ist grundsätzlich Aufgabe der zuständigen Landesbehörden.

Soweit die Fragesteller in ihrer Vorbemerkung die Aspekte einer medizinischen Nutzung von Cannabis beziehungsweise einer diesbezüglichen (Förderung von) Forschung sowie wissenschaftliche Modellprojekte zur kontrollierten Abgabe von Cannabis zum Genuss-/Rauschkonsum ansprechen, weist die Bundesregierung auf das Folgende hin.

Die Durchführung von medizinischen Forschungsprojekten am Menschen mit einem rechtlich als Betäubungsmittel eingestuften Stoff erfordert vor ihrem Beginn sowohl eine positive behördliche Nutzen-Risiko-Bewertung als auch eine Prüfung durch eine unabhängige Ethik-Kommission. Dabei sind die zu untersuchende, erwartete Wirksamkeit für einen konkreten therapeutischen Zweck gegenüber den zu erwartenden oder schon bekannten Schädigungen bei künftigen Patientinnen und Patienten abzuwägen. Bei einer positiven Nutzen-Risiko-Bewertung wird die mögliche oder zu erwartende Belastung von Patientinnen und Patienten dann als vertretbar eingestuft, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung eines Krankheitsbildes deutlich überwiegt. Sofern ein Forschungsprojekt mit Betäubungsmittel enthaltenden Prüfpräparaten ohne einen konkreten und erwünschten – therapeutischen – Zweck durch dieses Arzneimittel konzipiert wird, fehlt die Nutzen-Seite für eine Nutzen-Risiko-Bewertung.

Insofern sind in dieser Hinsicht beabsichtigte Vorhaben weder medizinisch noch ethisch vertretbar: Die in der Deklaration von Helsinki zur medizinischen Forschung am Menschen aufgestellten ethischen Grundsätze beanspruchen auch in den Fällen Geltung, in denen eine interventionelle Forschung am Menschen mittels Gabe von Betäubungsmitteln zu Genuss-/Rauschzwecken ohne jegliche medizinische Indikation bei den Teilnehmenden vorgesehen ist. Bislang bekannte Projekte lassen die mit dem Cannabiskonsum zu Genuss-/Rauschzwecken einhergehenden gesundheitlichen Risiken in ihrer Bewertung weitgehend unberücksichtigt.

Zur medizinischen Nutzung

1. Wie haben sich die Importmengen von Medizinalcannabis seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften im März 2017 entwickelt (bitte nach Quartalsangaben aufschlüsseln)?

Nachstehende Tabelle gibt eine quartalsweise Übersicht der seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften im März 2017 nach Deutschland importierten Mengen an Medizinalcannabis (getrocknete Blüten). Diese dienen zum Großteil der direkten medizinischen Versorgung der Bevölkerung nach Abgabe auf ärztliche Verschreibung in Apotheken. Ein anderer Teil wird für die Weiterverarbeitung und Herstellung von Dronabinol und cannabis-haltigen Zubereitungen verwendet (Dronabinol ist die international gültige Bezeichnung für (-)-trans- Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC), einen natürlichen Inhaltsstoff der Hanfpflanze Cannabis sativa L).

Quartal	Cannabisblüten zur medizinischen Versorgung (kg)	Cannabisblüten zur Herstellung von Dronabinol und cannabis-haltigen Zubereitungen (kg)
Quartal 1, 2017	124,8	76,9
Quartal 2, 2017	180,4	112,2
Quartal 3, 2017	201,5	168,4
Quartal 4, 2017	693,7	168,1
Quartal 1, 2018	592,7	342,2
Quartal 2, 2018	1030,9	502,0
Quartal 3, 2018	694,0	271,9
Quartal 4, 2018	811,2	158,3
Quartal 1, 2019	976,0	228,6
Quartal 2, 2019	1551,6	373,5

Quartal	Cannabisblüten zur medizinischen Versorgung (kg)	Cannabisblüten zur Herstellung von Dronabinol und cannabishaltigen Zubereitungen (kg)
Quartal 3, 2019	2688,9	339,3
Quartal 4, 2019	1526,6	111,2
Quartal 1, 2020	1776,7	550,7
Quartal 2, 2020	2349,3	269,6

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

2. Wie viele verschiedene Sorten von Cannabisblüten werden importiert (bitte Sorte, Wirkstoffgehalt und Ursprungsland angeben)?

Aktuell (Erhebungszeitraum 30. September 2019 bis 30. Juni 2020) werden 47 Sorten von Cannabisblüten importiert:

Sortenbezeichnung	THC-Gehalt	CBD-Gehalt	Herkunftsland
Bedica	ca. 14 %	< 1 %	Niederlande
Bediol	ca. 6,3 %	< 1 %	Niederlande
Bedrobinol	ca. 13,5 %	< 1 %	Niederlande
Bedrocan	ca. 22 %	< 1 %	Niederlande
Bedrolite	≤ 1 %	ca. 9 %	Niederlande
420 Natural 18/1 CA	ca. 18 %	≤ 1 %	Kanada
Aurora 1/12	≤ 1 %	ca. 12 %	Kanada
Aurora 20/1	ca. 20 %	≤ 1 %	Kanada
Aurora 22/1	ca. 22 %	≤ 1 %	Kanada
Cannabis flos Aurora Deutschland GmbH THC 20 % CBD </= 1 %	ca. 20 %	≤ 1 %	Kanada
Cannabis flos Aurora Deutschland GmbH THC 22 % CBD </= 1 %	ca. 22 %	≤ 1 %	Kanada
Cannabis flos Aurora Deutschland GmbH THC</= 1 % CBD 12 %	≤ 1 %	ca. 12 %	Kanada
Bakerstreet	ca. 23 %	< 0,5 %	Kanada
Blue No. 3*	ca. 9 %	ca. 9 %	Kanada
Cannamedical-CBD*	ca. 8 %	ca. 5 – 10 %	Kanada
Cannamedical-Hybrid*	ca. 20 %	< 1 %	Kanada
Cannamedical-Indica*	ca. 20 %	< 1 %	Kanada
Cannamedical-Sativa*	ca. 20 %	< 1 %	Kanada
Cannamedical-Sativa light*	ca. 16,5 %	< 1 %	Kanada
iuvo Centum 11/1 (ehem. iuvo Moon 11/1)	ca. 11 %	≤ 1 %	Kanada
iuvo Centum 14/1	ca. 14 %	≤ 1 %	Kanada
Klenk 18/1	ca. 18 %	<1 %	Kanada
Orange No. 1	ca. 14 %	< 0,5 %	Kanada
Peace Naturals 22/1	ca. 22 %	≤ 1 %	Kanada
Peace Naturals 24/1	ca. 24 %	≤ 1 %	Kanada
Pedarios 14/1	ca. 14 %	≤ 1 %	Kanada
Pedarios 18/1	ca. 18 %	≤ 1 %	Kanada
Pedarios 20/1	ca. 20 %	≤ 1 %	Kanada
Pedarios 22/1	ca. 22 %	≤ 1 %	Kanada
Pedarios 8/8	ca. 8 %	ca. 8 %	Kanada

Sortenbezeichnung	THC-Gehalt	CBD-Gehalt	Herkunftsland
Penelope	ca. 10 %	ca. 8 %	Kanada
Red No. 2*	ca. 20 %	< 0,5 %	Kanada
Red No. 4	ca. 24 %	< 0,5 %	Kanada
TILRAY Indica THC – Strong Cannabisblüten ganz*	ca. 22 %	≤ 1 %	Kanada
TILRAY THC 10 : CBD 10 Cannabisblüten ganz	ca. 10 %	ca. 10 %	Kanada
TILRAY THC 15 Cannabisblüten ganz	ca. 15 %	≤ 1 %	Kanada
TILRAY THC 18 Cannabisblüten ganz	ca. 18 %	≤ 1 %	Kanada
TILRAY THC 21 Cannabisblüten ganz	ca. 21 %	≤ 1 %	Kanada
TILRAY THC 25 Cannabisblüten ganz	ca. 25 %	≤ 1 %	Kanada
Cannamedical-CBD*	ca. 8 %	ca. 5 – 10 %	Portugal
Cannamedical-Hybrid*	ca. 20 %	< 1 %	Portugal
Cannamedical-Indica*	ca. 20 %	< 1 %	Portugal
Cannamedical-Sativa*	ca. 20 %	< 1 %	Portugal
Cannamedical-Sativa light*	ca. 16,5 %	< 1 %	Portugal
TILRAY Indica THC – Strong Cannabisblüten ganz*	ca. 22 %	≤ 1 %	Portugal
Red No. 2*	ca. 16 %	< 0.2 %	Dänemark
Blue No. 3*	ca. 5,3 %	ca. 6.1 %	Dänemark

* Unter derselben Bezeichnung mehrfach genannte Sorten, stammen aus dem Anbau in verschiedenen Staaten.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

3. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über pandemiebedingte Lieferschwierigkeiten niederländischer Cannabis-Arzneimittel?

Pandemiebedingte Lieferschwierigkeiten für Cannabisarzneimittel aus den Niederlanden sind der Bundesregierung nicht bekannt.

4. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über die Qualität bzw. Reinheit der importierten Cannabis-Präparate?

Die Festlegung und Prüfung der Einhaltung von Qualitätsstandards bezüglich der zum Import vorgesehenen Cannabisblüten und -extrakte liegt im Aufgabenbereich der jeweils zuständigen Landesbehörde.

5. Welche Menge Cannabisblüten soll mit dem Anbau in Deutschland produziert werden (bitte Sorte, Wirkstoffgehalte und Quartalsmenge angeben)?

Über die Vertragslaufzeit von vier Jahren sind als Planmenge je Quartal folgende Mengen vorgesehen:

Typ 1, THC zwischen 18 % und 22 %, CBD < 1 %	400 kg
Typ 2, THC zwischen 12 % und 16 %, CBD < 1 %	150 kg
Typ 3, THC zwischen 5 % und 9 %, CBD zwischen 5 % und 9 %	100 kg

6. Wieso verfolgt die Bundesregierung eine Strategie zur Versorgung mit Medizinalcannabis, die dauerhaft auf Importe angewiesen ist?

Den vom Deutschen Bundestag einstimmig beschlossenen betäubungsmittelrechtlichen Regelungen des in der Vorbemerkung der Bundesregierung genannten Gesetzes folgend, leistet der Anbau in Deutschland einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland mit Cannabis zu medizinischen Zwecken.

Der Handel mit Medizinalcannabis findet, wie es auch für andere Arzneimittel oder Produkte der Fall ist, unter den Bedingungen und Möglichkeiten einer freien Marktwirtschaft statt, die im Rahmen des europäischen Binnenmarktes sowie der Weltwirtschaft erfolgt. Die Nachfrage und das Angebot unterliegen deshalb auch in der Versorgung des deutschen Marktes mit importiertem Medizinalcannabis den Entscheidungen der am Handel Beteiligten. Importe sind deshalb, wie die Bundesregierung bereits mehrfach betont hat, rechtlich auch weiterhin möglich.

7. Welchen Stand hat der Anbau von Cannabis in Deutschland?

Die Bundesregierung hat bereits in ihrer Antwort auf Frage 12 der Kleinen Anfrage von Abgeordneten und der Fraktion der FDP „Anbau und Lieferung von Medizinalcannabis“ ausgeführt, es könne nicht ausgeschlossen werden, dass die in vielen Wirtschaftsbereichen anhaltenden Folgen der COVID 19-Pandemie einen zeitverzögernden Einfluss auf den Beginn der Lieferungen von Medizinalcannabis aus deutschem Anbau an das BfArM haben könnten (Bundestagsdrucksache 19/19521 vom 27. Mai 2020). Nunmehr hat sich bestätigt, dass die Betriebsbauvorhaben der vergaberechtlichen Vertragspartner in Teilschritten beeinträchtigt wurden. Als Folge zeichnet sich ab, dass sich Lieferungen von Medizinalcannabis aus deutschem Anbau an die Cannabisagentur des BfArM verzögern werden.

8. Welchen Stand hat das Vergabeverfahren zur Distribution des geernteten Cannabis durch die Cannabis-Agentur (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 133 auf Bundestagsdrucksache 19/14931)?

Die Frist zur Abgabe der Angebote im Vergabeverfahren des BfArM zur Distribution von Cannabis zu medizinischen Zwecken endete am 23. Juni 2020. Am 19. August 2020 hat ein Unternehmen den Zuschlag erhalten.

9. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Ablehnungsquote der Krankenkassen auf Anträge zur Kostenerstattung bei der Verordnung von Cannabis als Medizin seit Inkrafttreten des Cannabis-als-Medizin-Gesetzes im Jahr 2017 entwickelt (bitte nach Quartalsangaben aufschlüsseln)?

Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes wurde im Zeitraum seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 6. März 2017 etwa 40 % der Anträge auf Versorgung mit Cannabis nach § 31 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abgelehnt. Quartalsangaben liegen der Bundesregierung nicht vor.

10. Was sind nach Kenntnis der Bundesregierung die häufigsten Gründe für eine Ablehnung auf Kostenerstattung für ärztlich verordnetes Cannabis?

Dazu liegen der Bundesregierung keine Kenntnisse vor.

11. Sieht die Bundesregierung nach dem Urteil des Bundessozialgerichts, wonach sich aus einer Genehmigungsfiktion kein Sachleistungsanspruch ergibt (vgl. https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/2020_10.html), Handlungsbedarf, um Rechtssicherheit für Cannabispatientinnen und Cannabispatienten zu schaffen?

Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten, oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. Nach der in der Frage in Bezug genommenen Pressemitteilung hat das Bundessozialgericht in einer Entscheidung Aussagen zur Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V getroffen. Hiernach soll die Genehmigungsfiktion keinen eigenständigen Anspruch auf die beantragte Sachleistung, sondern dem Versicherten (nur) eine vorläufige Rechtsposition vermitteln, die es ihm erlaube, sich die Leistung selbst zu beschaffen. Die Krankenkasse müsse die Kosten der selbstbeschafften Leistung auch dann erstatten, wenn nach allgemeinen Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung kein Rechtsanspruch auf die Leistung bestehen würde. Dies gelte allerdings nur dann, wenn der Versicherte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung „gutgläubig“ war. Die durch die Genehmigungsfiktion eröffnete Möglichkeit der Selbstbeschaffung ende, wenn über den materiell-rechtlichen Leistungsanspruch bindend entschieden worden sei, oder sich der Antrag anderweitig erledigt habe. Rechtssicherheit ist auch nach diesem Urteil gegeben.

12. Hält die Bundesregierung eine Suchterkrankung grundsätzlich für ein medizinisch nachvollziehbares Ausschlusskriterium für eine Behandlung mit Cannabismedikamenten, und wenn ja, warum?

Die Stellung einer Indikation für oder gegen eine medikamentöse Behandlung bei Patientinnen und Patienten ist, ebenso wie die vorangehenden Handlungen zur Stellung einer medizinischen Diagnose, ärztliches Handeln gemäß der jeweiligen Berufsordnungen der Ärztekammern. Dem stehen auf der gesetzlichen Ebene des § 31 Absatz 6 SGB V keine ärztlicherseits zu berücksichtigenden konkreten Krankheitsentitäten entgegen.

13. Wird die Bundesregierung die Zwischenergebnisse der Begleiterhebung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Anwendung von Cannabis-Arzneimitteln veröffentlichen und zu Informationszwecken zur Verfügung stellen?

Wenn ja, wann?

§ 31 Absatz 6 SGB V sieht die Veröffentlichung des Studienberichts zur Begleiterhebung durch das BfArM auf seiner Internetseite vor. Eine Veröffentlichung von Zwischenergebnissen durch die Bundesregierung ist gesetzlich nicht vorgegeben.

Das BfArM hat im Jahr 2019 Zwischenergebnisse der Begleiterhebung veröffentlicht (siehe Bundesgesundheitsblatt, 2019 Jul;62(7): 845-854 sowie Der Schmerz, 2019 Oct;33(5): 415-423). Die Veröffentlichung weiterer Zwischenergebnisse ist noch für das Jahr 2020 geplant.

14. Welche spezifischen Sorten von Hanfblüten mit welcher Wirkstoffzusammensetzung werden nach Kenntnis der Bundesregierung am häufigsten und in welcher Menge verschrieben (bitte um tabellarische Übersicht)?

Dazu liegen der Bundesregierung keine Kenntnisse vor.

15. Welche Kosten tragen nach Kenntnis der Bundesregierung die Krankenkassen pro Gramm unverarbeiteter Blüten im Durchschnitt, nachdem sich der GKV-Spitzenverband sowie der Deutsche Apothekerverband rückwirkend für März 2020 über Apothekenzuschläge geeinigt haben, und wie hat sich der Preis im Vergleich zu vorher entwickelt (vgl. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/04/06/neue-zuschlagsstaffeln-fuer-cannabisprodukte>)?

Welche Kosten zahlen Patientinnen und Patienten, die unverarbeitete Blüten auf Privatrezept beziehen, pro Gramm im Durchschnitt?

Die Abrechnung unverarbeiteter Cannabisblüten bei der Abgabe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt seit dem 1. März 2020 nach Anlage 10 zum Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen („Hilfstaxe“). Dort ist ein einheitlicher Preis für alle Blütenarten in Höhe von 9,52 Euro pro Gramm festgelegt. Zusätzlich zu diesem Preis kann die Apotheke abhängig von der verordneten Menge an Cannabisblüten gestaffelte Fixzuschläge abrechnen. Des Weiteren werden die Verpackung mit einem Festzuschlag von 100 % auf den Apothekeneinkaufspreis sowie die Umsatzsteuer berechnet.

Für die Abgabe von unverarbeiteten Cannabisblüten durch Apotheken auf eine privatärztliche Verordnung erfolgt die Abrechnung nach § 4 der Arzneimittelpreisverordnung mit einem Festzuschlag von 100 % auf den Apothekeneinkaufspreis der erforderlichen Menge an Cannabisblüten und auf die Verpackung zzgl. Umsatzsteuer.

16. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Verschreibungsfähigkeit von Medizinalcannabis in anderen EU-Mitgliedstaaten, und inwiefern setzt sie sich für eine Harmonisierung ein?

Die Bundesregierung verfügt nicht über eigene Erkenntnisse zur Verschreibungsfähigkeit von Medizinalcannabis in anderen EU-Mitgliedstaaten. Regulatorische Maßnahmen zur Verschreibungsfähigkeit von Medizinalcannabis liegen in der Entscheidungshoheit der EU-Mitgliedstaaten. Eine Übersicht zur

„Verfügbarkeit von cannabinoidhaltigen Arzneimitteln in der EU, der Türkei und Norwegen“ enthält die von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erstellte Publikation „Medical use of cannabis and cannabinoids“ (https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ENN_PDF.pdf, Seite 25 und 26 „Table 2“ und „Figure 2“).

17. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über eine evidenzbasierte Erforschung von Cannabis als Medizin in der EU, und welche Forschungsvorhaben strengt die Bundesregierung in diesem Bereich an (bitte jeweils dafür eingesetzte Finanzmittel angeben)?

Arzneimittelforschung mit dem Ziel einer arzneimittelrechtlichen Zulassung wird in der Regel von pharmazeutischen Unternehmen durchgeführt. Auch akademische Einrichtungen können klinische Prüfungen initiieren. Es gab und gibt mehrere klinische Prüfungen, die grundsätzlich geeignet sind, mehr Evidenz zur Wirksamkeit von Cannabis in verschiedenen Indikationen zu generieren. Darüber hinaus liegen der Bundesregierung keine weiteren Erkenntnisse vor.

Zur gewerblichen Nutzung

18. Zu wie vielen CBD-haltigen Produkten wurde das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit von Unternehmen hinsichtlich der Einstufung dieser Erzeugnisse als neuartiges Lebensmittel konsultiert, und wie ist der Stand der jeweiligen Verfahren?

Im Jahr 2019 wurde beim Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) ein Konsultationsersuchen gemäß Artikel 4 der Verordnung (EU) 2015/2283 (sog. Novel Food-Verordnung) für ein CBD-haltiges Erzeugnis gestellt. Die Konsultation diente dem Zweck, durch das BVL feststellen zu lassen, ob es sich bei dem betreffenden Erzeugnis um ein neuartiges Lebensmittel handelt. Das BVL stufte das Ersuchen als nicht zulässig ein, da der Lebensmittelunternehmer die für die Bearbeitung des Antrags notwendigen Informationen, auch auf Nachfrage des BVL, nicht zur Verfügung gestellt hat.

Ferner gingen beim BVL seit dem Jahr 2013 bis zum 6. August 2020 253 E-Mail-Anfragen zum Themenkomplex „Hanf, CBD und THC“ ein. In seinen Antworten stellte das BVL in der Regel die inzwischen in einem Fragen- und Antwortenkatalog „Hanf, THC, Cannabidiol (CBD) & Co“ auf seiner Internetseite (www.bvl.bund.de/cbd) zusammengefassten Aspekte dar, bzw. verwies nach dessen Erstellung auf diesen Katalog. Außerdem erläuterte das BVL das oben genannte Konsultationsverfahren gemäß Artikel 4 der Novel Food-Verordnung und das Genehmigungsverfahren für neuartige Lebensmittel gemäß Artikel 10 dieser Verordnung.

19. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Stand des EU-Zulassungsverfahrens von CBD bzw. CBD-haltigen Extrakten als sogenanntes Novel Food?

Nach Auskunft der EU-Kommission wurden bis zum 30. Juni 2020 55 Anträge auf Zulassung von CBD beziehungsweise CBD-haltigen Erzeugnissen als neuartige Lebensmittel gestellt. Die Anträge befinden sich in unterschiedlichen Phasen des Zulassungsverfahrens, bisher wurde keiner der Anträge positiv beschieden.

Bei einigen Anträgen bestehen nach Angaben der EU-Kommission Zweifel, ob es sich bei den beantragten Erzeugnissen überhaupt um Lebensmittel handelt. Erzeugnisse, die nicht die Definition eines Lebensmittels im Sinne der EU-Verordnung (EG) Nr. 178/2002 erfüllen, können – wie in der Vorbemerkung bereits ausgeführt – nicht als neuartiges Lebensmittel zugelassen werden. Die EU-Kommission hat den Antragstellern vor einer endgültigen Entscheidung Gelegenheit gegeben, hierzu Stellung zu nehmen.

Zudem sind viele Anträge nach Angaben der EU-Kommission mangelhaft im Hinblick auf die wissenschaftlichen Daten, die im Rahmen des Zulassungsverfahrens für neuartige Lebensmittel vorzulegen sind, damit die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) die gesundheitlichen Auswirkungen der beantragten Erzeugnisse überprüfen kann.

20. Wie unterstützt die Bundesregierung Unternehmen dabei, unter Wahrung des Verbraucherschutzes, CBD-Produkte in einem rechtssicheren Umfeld herstellen und vertreiben zu können?

Die Lebensmittelunternehmen sind eigenverantwortlich für ihre Produkte und haben dabei insbesondere die aktuelle Rechtslage zu berücksichtigen und sich im Rahmen ihrer Sorgfaltspflicht eigenständig über die für sie geltenden Anforderungen zu informieren. Allgemeine Hinweise erhalten Lebensmittelunternehmer auf der Webseite des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) „Wegweiser für Lebensmittelunternehmer (<https://www.bmel.de/DE/themen/verbraucherschutz/ansprechpartner-unternehmerfragen.html>). Zur Klärung lebensmittelrechtlicher Fragen haben Lebensmittelunternehmen vielfältige Möglichkeiten, sich einschlägigen Rechtsrat einzuholen. Bei Unsicherheiten hinsichtlich der Einstufung von Erzeugnissen als neuartiges Lebensmittel können sie zudem das BVL konsultieren. Auf die Antwort auf Frage 18 wird in diesem Zusammenhang verwiesen. Im Übrigen ist der Vollzug der lebensmittelrechtlichen Vorschriften Aufgabe der zuständigen Behörden der Länder.

21. Setzt sich die Bundesregierung gegenüber der EU-Kommission dafür ein, dass ähnlich der Eintragung zu Chia-Samen im Novel-Food-Katalog durch einen verpflichtenden Warnhinweis zur Tages-Höchstdosis ein Verkauf von CBD-Produkten ermöglicht wird (vgl. https://ec.europa.eu/food/safety/novel_food/catalogue/search/public/index.cfm, Suchwort „Salvia hispanica“, abgerufen am 8. Juni 2020)?

Wie in der Antwort auf Frage 19 dargestellt, ist keiner der vorliegenden 55 Anträge auf Zulassung von CBD beziehungsweise CBD-haltigen Erzeugnissen entscheidungsreif. Insbesondere bleiben die EFSA-Stellungnahmen der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) zu den Anträgen abzuwarten. Erst dann kann über die Zulassung und eventuelle verpflichtende Warnhinweise entschieden werden.

22. Macht sich die Bundesregierung den nicht rechtsverbindlichen Novel-Food-Katalog vollständig zu eigen (bitte begründen)?

Mit den Einträgen zu CBD im Novel Food-Katalog hat die EU-Kommission klargestellt, dass die betreffenden Erzeugnisse EU-weit als neuartige Lebensmittel eingestuft werden, sofern sie keine Arzneimittel oder Betäubungsmittel sind. Grund ist, dass für diese Produkte bisher keine Nachweise erbracht worden sind, die einen nennenswerten Verzehr im Sinne der Novel Food-Verord-

nung belegen. Die Entscheidung über diese Einstufung wurde von der EU-Kommission und den Mitgliedstaaten nach Sichtung und Wertung aller verfügbaren Informationen einvernehmlich getroffen.

Zur Nutzung als Genussmittel

23. Ist die von der Bundesregierung vorgesehene Ablehnung der Empfehlung des ECDD zur Herausnahme von CBD aus der internationalen Drogenkontrolle als Zweifel an der fachlichen Expertise des WHO-Gremiums zu verstehen?
- Wenn ja, zu welcher fachlichen Einschätzung über die Notwendigkeit einer internationalen Drogenkontrolle im Hinblick auf CBD kommt die Bundesregierung?
 - Wenn nein, warum folgt die Bundesregierung nicht der fachlichen Empfehlung der WHO in Bezug auf die Einstufung von CBD?

Eine von den Fragestellern sogenannte „vorgesehene Ablehnung der Empfehlung“ hat die Bundesregierung nicht getroffen.

Zu der Empfehlung des WHO-Expertenkomitees zur Drogenabhängigkeit (englisch Expert Committee on Drug Dependence, ECDD), in Anhang I des Einheits-Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1961 über Suchtstoffe in der durch das Protokoll von 1972 geänderten Fassung eine Fußnote aufzunehmen, damit „Zubereitungen, die überwiegend Cannabidiol und nicht mehr als 0,2 Prozent Delta-9-Tetrahydrocannabinol enthalten, nicht der internationalen Kontrolle unterliegen“, hat der Beschluss des Rates der EU vom 17. Februar 2020 festgestellt, dass die WHO durch die CND um weitere Klarstellungen ersucht werden soll. Der Beschluss stellt somit die Position der EU Mitgliedstaaten und nicht eine Einzelmeinung der Bundesregierung dar.

Die WHO weist darauf hin, dass CBD, wenn es als Extrakt oder Tinktur aus der Cannabispflanze zubereitet wird, in Anhang I des vorgenannten Übereinkommens geregelt ist, und daneben nicht von der Konvention über psychotrope Substanzen von 1971 oder vom Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen von 1988 gelistet ist. Auch vor diesem Verständnishintergrund geht es bei der in Frage 23 angesprochenen ECDD-Empfehlung, nicht um eine umfassende Herausnahme von CBD als Stoff aus der internationalen Drogenkontrolle. Ergänzend wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung Bezug genommen.

24. Wann hat das letzte Treffen der CND (Commission on Narcotic Drugs) stattgefunden, und welche Ergebnisse hinsichtlich der Einstufung von Cannabis wurden erzielt?

Informationen über die 63. Sitzung der CND sind öffentlich zugänglich. Der Beschluss der CND hinsichtlich der vorgenannten WHO-Empfehlungen ist abrufbar unter https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/63_Session_2020/session-63-of-the-commission-on-narcotic-drugs.html (vgl. Dokument E/2020/28 – E/CN.7/2020/15, dort Decision 63/14 auf Seite 24).

25. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der Erkenntnis, dass die Verfolgung einer strikten Drogenpolitik wenig bis keinen Einfluss auf das Konsumverhalten hat (Sachstand der Wissenschaftlichen Dienste, Legalisierung von Cannabis, November 2019, Seite 4)?

Die Bundesregierung teilt nicht die Einschätzung der Fragesteller, dass die bisherige Drogenpolitik wenig bis keinen Einfluss auf das Konsumverhalten von Cannabis zu Rauschzwecken hat. Für die generalpräventive Wirkung der Strafandrohungen des BtMG spricht der hohe Anteil von Personen, die niemals illegale Drogen konsumieren.

Auch die in Frage 25 von den Fragestellern genannte Veröffentlichung des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages (WD) „Legalisierung von Cannabis – Auswirkungen auf die Zahl der Konsumenten in ausgewählten Ländern“ (WD 9-30000-072/19), belegt nicht das Gegenteil. In der Veröffentlichung wird vielmehr ausgeführt, dass auch in den von ihr genannten Staaten noch keine Daten zur langfristigen Entwicklung der Konsumraten vorliegen. Nach den Schlussfolgerungen des WD bleibt auch für diese Staaten abzuwarten, ob es sich um kurzfristige Abweichungen handle oder ob die jeweiligen Gesetzesänderungen tatsächlich zu einer langfristigen Änderung des Konsumverhaltens führen. Des Weiteren wird vom WD erläutert, dass neben der Gesetzgebung auch andere Faktoren den Drogenkonsum bestimmen; ferner, dass es bedingt durch die Art der Datenerhebung an der Vergleichbarkeit der erhobenen Daten fehlen könne und dass die Aussagekraft fraglich sein könne. Ergänzend wird auf die Ausführungen der Bundesregierung in ihrer Vorbemerkung verwiesen.

26. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den Daten des Statistischen Amtes Kanadas, wonach der Cannabiskonsum von Jugendlichen und der Bezug von Cannabis vom Schwarzmarkt mit der kontrollierten Abgabe zurückgegangen sind (vgl. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2020014-eng.htm>)?

Auf die Ausführungen der Bundesregierung in ihrer Vorbemerkung wird verwiesen. Das (unter der in der Frage 26 genannten Internetadresse abrufbare) Informationsblatt des Statistischen Amtes Kanadas zum nationalen Cannabis Survey für die Jahre 2018 und 2019 ist der Bundesregierung bekannt. Grundlage des Informationsblattes ist der Artikel „What has changed since cannabis was legalized?“ (Rotermann Michelle, Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X • Health Reports, Vol. 31, no. 2, pp. 11-20, February 2020).

Dieser Artikel trifft im Abschnitt „Cannabis use prevalence“ für das Jahr 2018 (mithin für den Zeitraum vor der kanadischen Cannabis-Legalisierung) und für das Jahr 2019 (mithin für den Zeitraum nach der kanadischen Cannabis-Legalisierung) folgende Feststellung. Für 2019 gaben kanadaweit mehr als 5,1 Millionen Menschen im Alter von 15 Jahren oder älter an, in den drei Monaten vor dem Survey, Cannabis konsumiert zu haben („Table 1“). Dies entspricht 16,8 Prozent der Kanadier. Für den Durchschnitt des Jahres 2018 lag diese Zahl mit 14,9 Prozent, was 4,5 Millionen Kanadiern entspricht, niedriger. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen wird deutlich, dass der Cannabiskonsum in Kanada im Verlauf der Jahre 2018 und 2019 zugenommen hat. Die weiteren Angaben zeigen, dass der Konsum insbesondere bei Personen im Alter von 25 Jahren oder älter (Anstieg von 13,1 Prozent auf 15,5 Prozent) und bei Männern (Anstieg von 17,5 Prozent auf 20,3 Prozent) zugenommen hat.

Daneben wird in „Table 1“ des vorgenannten Artikels zur Frage eventueller Änderungen der Rate von täglich oder fast täglich konsumierenden Personen in der Altersgruppe 15 bis 17 Jahre verdeutlicht, dass die Daten zu unzuverlässig

seien, um veröffentlicht zu werden („too unreliable to be published“; siehe dort die Erläuterung unter dem Buchstaben „F“). Auch unter Hinweis darauf, dass durch weitere Rechtsänderungen zu Beginn des Jahres 2020 essbare Cannabis-Darreichungsformen in Kanada rechtlich zulässig geworden seien, hält der Artikel als Ergebnis fest, dass mehr Zeit erforderlich sei, um die gesamten Auswirkungen des Kanadischen Cannabisgesetzes zu erfassen.

Aus Sicht der Bundesregierung kann die Aussage der Fragesteller in Frage 26 deshalb nicht isoliert, sondern nur im Gesamtbild dieser kanadischen Angaben gesehen werden, die verdeutlichen, dass der Konsum nach Inkrafttreten des dortigen Gesetzes insgesamt nicht abgenommen hat, sondern angestiegen ist.

27. Welche wissenschaftlichen Voraussetzungen muss ein Cannabismodellprojekt erfüllen, um die Unterstützung der Bundesregierung zu erhalten?

Artikel 5 Grundgesetz schützt unter anderem die Freiheit der Wissenschaft. Die Durchführung wissenschaftlicher Projekte richtet sich nach den Empfehlungen zur guten wissenschaftlichen Praxis. Orientierung hierzu geben etwa die Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Schranken für die Freiheit der Wissenschaft bilden die bestehenden gesetzlichen Regelungen, die zu berücksichtigen und einzuhalten sind. Für ein Modellprojekt zur Abgabe von Cannabis zu Genuss-/Rauschzwecken ist hierbei insbesondere auf die betäubungsmittelrechtlichen Regelungen zu verweisen, da Cannabis ein Stoff der Anlage I zu § 1 BtMG ist, der grundsätzlich weder verkehrs- noch verschreibungsfähig ist. Auf die Ausführungen der Bundesregierung in ihrer Vorbemerkung wird ergänzend Bezug genommen.

28. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Forschung zu einer evidenzbasierten Drogenpolitik in der EU, und welche Forschungsvorhaben strengt die Bundesregierung in diesem Bereich an (bitte jeweils dafür eingesetzte Finanzmittel angeben)?

Der Bundesregierung sind aufgrund einer von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erstellten Übersicht aus dem Jahr 2016 Evaluationen der nationalen Drogenstrategien aus anderen EU-Mitgliedsstaaten bekannt (<https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/policy-evaluation>). Die EBDD hat im Jahr 2017 zudem einen Leitfaden für die Evaluation von Drogenpolitiken vorgelegt (https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/evaluating-drug-policy_en).

Ferner hat die Bundesregierung Kenntnis von der Evaluation der „EU-Drogenstrategie 2013-2020“ und des „EU-Drogenaktionsplans 2017-2020“ durch die EU-Kommission (https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-security/20200724_swd-2020-150-commission-staff-working-document_en.pdf und https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-security/20200724_swd-2020-151-commission-staff-working-document_en.pdf).

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat Forschungsprojekte zur Evaluation einzelner drogenpolitischer Maßnahmen in Auftrag gegeben: die Evaluation der Auswirkungen des am 26. November 2016 in Kraft getretenen Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG) wurde mit einer Gesamtförder-summe von 412.649 Euro gefördert; die Evaluation der 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (vom 22. Mai 2017; Fortschreibung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger

ger Menschen an neuere wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfordernisse) wird mit einer Gesamtfördersumme von 386.902 € gefördert.

29. Welche Ergebnisse hatte die angekündigte Prüfung der Bundesregierung (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Mündliche Frage 75, Plenarprotokoll 19/22) hinsichtlich der Empfehlungen des Deutschen Verkehrsgerichtstages 2018, wonach nicht bereits ab 1 ng/ml Tetrahydrocannabinol (THC) im Blutserum ein fehlendes Trennungsvermögen zum Führen von Kraftfahrzeugen unterstellt werden dürfe und für Patientinnen und Patienten ein geeignetes Nachweisdokument vorzusehen sei (vgl. https://www.deutscher-verkehrsgerichtstag.de/images/empfehlungen_pdf/empfehlungen_56_vgt.pdf)?

Es war zunächst die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) in den unter den Aktenzeichen 3 C 14.17, 3 C 2.18 und 3 C 8.18 geführten Verfahren zur Frage der Entziehung der Fahrerlaubnis bei gelegentlichen Cannabiskonsumenten abzuwarten. Mit Urteilen vom 11. April 2019 hat das BVerwG in diesen Verfahren entschieden, dass bei einem gelegentlichen Cannabiskonsumenten die Möglichkeit einer Beeinträchtigung seiner Fahreignung bereits dann besteht, wenn eine Konzentration von Tetrahydrocannabinol (THC) von 1 ng/ml oder mehr im Blutserum des Betroffenen festgestellt wird und die betroffene Person damit gegen das Gebot des Trennens zwischen Konsum und Fahren verstoßen hat.

Soweit die Fragesteller ein geeignetes Nachweisdokument im Rahmen des § 24a Abs. 2 Satz 2 Straßenverkehrsgesetz (StVG) ansprechen, wird darauf hingewiesen, dass Nachweismöglichkeiten bereits jetzt bestehen. Hierfür kommt bereits das von der Apotheke bei der Arzneimittelabgabe ausgefüllte Deckblatt (Teil II) des Betäubungsmittelrezeptes (nach den Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung) in Betracht. Es dürfte im eigenen Interesse von Cannabispatientinnen bzw. Cannabispatienten liegen, den (ihre entsprechende ärztliche Behandlung belegenden) Teil II des Betäubungsmittelrezeptes während des Führens eines Kraftfahrzeuges bei sich zu tragen, um den Verdacht einer Fahrt unter dem Einfluss illegalen Cannabis (Drogenfahrt) oder den Verdacht des unrechtmäßigen Besitzes von Cannabis und damit weitere Ermittlungsmaßnahmen von vornherein auszuschließen.

Sofern gesetzliche krankenversicherte Patientinnen und Patienten das Deckblatt des Betäubungsmittelrezeptes nicht erhalten und bei sich führen können (dieser Teil dient der Apotheke zur Verrechnung), kommt es in Betracht, eine von derjenigen Apotheke, in der das medizinische Cannabis abgegeben wurde, mit Apothekenstempel und Unterschrift des dazu befugten Apothekenpersonals versehene Kopie des Betäubungsmittelrezeptes (Teil II) bei sich zu führen. Daneben kommt eine Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes in Betracht, die belegt, dass die betreffende Person (sachdienlicherweise unter Angabe der genauen Sorte und Menge des verschriebenen Cannabis, Häufigkeit und Dosierungsanweisung) mit medizinischem Cannabis nach den Regeln der ärztlichen Kunst arzneilich behandelt wird. Durch das Beisich-Führen und Vorzeigen solcher Dokumente lässt sich bei polizeilichen Verkehrskontrollen ein Rechtmäßigkeitsnachweis (Anscheinsbeweis) führen. Vor dem Hintergrund dieser Möglichkeiten bedarf es aus Sicht der Bundesregierung keiner neuen gesetzlichen Regelungen für ein gesondertes Nachweisdokument.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.