

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/32283 –**

Aktuelle Entwicklungen auf dem deutschen Drogenmarkt

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Corona-Pandemie hatte kaum Auswirkungen auf den europäischen und weltweiten Drogenmarkt, die Verfügbarkeit von Drogen bestand weiter fort, wie den beiden jüngsten Berichten, dem EU-Drogenbericht 2021 (https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_DE0906.pdf) sowie dem World-Drug Report des Office on Drugs and Crime der United Nations (UNODC, <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/wdr2021.html>) entnommen werden kann.

Ein besonderes Augenmerk legen beide Berichte auf die Entwicklung des Cannabismarktes. Hierbei werden besorgniserregende Entwicklungen bezüglich des immer weiter steigenden Wirkstoffgehaltes von Cannabisprodukten auf dem Schwarzmarkt fokussiert. Kritisch wird auch die zunehmende Verbreitung von synthetischen Cannabinoiden und damit verbundenen Gesundheitsrisiken bewertet. Aus Sicht der Fragesteller erfordern die jüngsten Erkenntnisse eine Neubewertung bzw. Neuausrichtung der deutschen Drogenpolitik.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Wie in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 19/28190 ausgeführt, warnt die Bundesregierung im Interesse eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes der Bevölkerung und des Einzelnen vor dem Konsum von Betäubungsmitteln und neuen psychoaktiven Stoffen (NPS) wie Cannabis und synthetischen Cannabinoiden zu nicht-medizinischen (Rausch-)Zwecken.

Insgesamt verfolgt die Bundesregierung eine ausgewogene Drogenpolitik, die auf Prävention, Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg, Maßnahmen zur Schadensreduzierung sowie dem Vorgehen gegen Drogenkriminalität basiert.

1. Wie hoch ist, nach Kenntnis der Bundesregierung, die aktuelle Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz von Cannabis in Deutschland?

Nach Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys des IFT – Institut für Therapieforschung – aus dem Jahr 2018 haben 28,3 Prozent der erwachsenen Bevölkerung (18 bis 64 Jahre) mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert. 7,1 Prozent der erwachsenen Bevölkerung haben im letzten Jahr mindestens einmal Cannabis konsumiert.

2. Wie hoch liegt die Prävalenz von Cannabiskonsum bei Schülern im Alter von 15 bis 16 Jahren im europäischen Vergleich in Deutschland?

Die Europäische Schülerinnen- und Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen („The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs“, kurz ESPAD) erhebt unter anderem den Cannabiskonsum unter Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in 35 europäischen Ländern. Die deutsche Erhebung findet nur in Bayern statt. Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in den beteiligten Staaten lag zwischen 2,9 Prozent im Kosovo und 28 Prozent in Tschechien, das gewichtete Mittel aller Staaten liegt bei 16 Prozent. Die Lebenszeitprävalenz unter den deutschen Teilnehmenden beträgt 22 Prozent.

3. Wie hat sich, nach Kenntnis der Bundesregierung, der Cannabiskonsum unter der Pandemie entwickelt?

Manthey et al.¹ haben während des ersten Lockdowns (April bis Juli 2020) eine Online-Erhebung in Europa zu aktuellen Veränderungen des Substanzkonsums durchgeführt. Demnach hat sich der Cannabiskonsum in Deutschland in dieser Zeit im Durchschnitt erhöht.

Werse und Kamphausen haben während des ersten (April bis Mai 2020)² und während des zweiten Lockdowns (Januar bis März 2021)³ zwei Online-Erhebungen durchgeführt, die unter anderem Daten zum Cannabiskonsum erhoben haben. Die Erhebungen erreichten überwiegend Personen, die häufig Cannabis konsumierten. Rund ein Drittel hatte während der ersten Lockdown-Phase der Pandemie den Konsum gesteigert, etwa ein Sechstel reduziert. Mit zunehmender Dauer der Beschränkungen stieg der Anteil jener, die angaben, mehr zu konsumieren. Im zweiten Lockdown hat es demnach unter den Befragten eine Verschiebung von weniger häufigen Konsummustern hin zu täglichem Gebrauch gegeben; dieser hat sich von 38 Prozent auf fast die Hälfte der Befragten (47 Prozent) erhöht. In geringem Maße hat es aber auch eine Verschiebung zu seltenem (weniger als monatlichem) Konsum gegeben, von 7 Prozent vor der Pandemie auf 9 Prozent im Befragungszeitraum.

¹ Manthey et al. (2021): Use of alcohol, tobacco, cannabis, and other substances during the first wave of the SARS-CoV-2 pandemic in Europe: a survey on 36,000 European substance users. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 26; 16(1): 36.

² Werse, B. & Kamphausen, G. (2021): Cannabis und Coronavirus SARS-CoV-2 – Eine Online-Kurzbefragung während der Kontaktbeschränkungen in der frühen Phase der Pandemie. *Suchttherapie* 22(02): 101–106.

³ Werse, B. & Kamphausen, G. (2021): Cannabiskonsum in der Corona-Pandemie – Erste Auswertungen der zweiten Online-Kurzbefragung, Anfang 2021. www.uni-frankfurt.de/99411070/Cannabis_und_Corona_2_Kurzbericht.pdf.

4. Wie haben sich die Anzahl der Sicherstellungen sowie die sichergestellte Menge von Cannabis zwischen 2009 und heute in Deutschland entwickelt?

In den Jahren 2009 bis 2017 wurden in Deutschland folgende Sicherstellungsmengen von Cannabis erfasst (Quelle: Bundeskriminalamt):

Jahr	Rauschgiftart		
	Haschisch (in kg)	Marihuana (in kg)	Cannabis- pflanzen
2009	2220	4298	127718
2010	2144	4875	101549
2011	1747	3957	133650
2012	2386	4942	97829
2013	1770	4827	107766
2014	1755	8515	132257
2015	1599	3852	154621
2016	1874	5955	98013
2017	1295	7731	101598

Für das Jahr 2018 ff. können derzeit keine belastbaren Zahlen zu Cannabis-Sicherstellungsfällen, Gesamtsicherstellungsmengen und beschlagnahmten Cannabisplantagen in Deutschland ausgewiesen werden.

5. Wie viel Prozent der sichergestellten Drogen 2019 in Deutschland waren Cannabiskraut, Cannabisharz oder Cannabispflanzen?

Es wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

6. Wie hoch ist, nach Kenntnis der Bundesregierung, der durchschnittliche THC-Gehalt von sichergestelltem Cannabis in Deutschland?

Der Δ^9 -Tetrahydrocannabinol-Gehalt – THC-Gehalt – für Blütenstände, Cannabisharz, Cannabiskraut und Cannabiskonzentrat wird getrennt erfasst und ausgewertet.

Der mittlere Gehalt an THC für Blütenstände lag im Jahr 2020 bei 13,7 Prozent und blieb damit gegenüber dem Vorjahr unverändert. Der durchschnittliche THC-Gehalt für Cannabisharz (Haschisch) lag im Jahr 2020 bei 20,4 Prozent, was einen Rückgang gegenüber dem Vorjahreswert (22,6 Prozent) darstellt. Der seit 2011 zu beobachtende Anstieg des THC-Gehalts von Cannabisharz setzt sich zunächst nicht fort. Der durchschnittliche THC-Gehalt für Cannabiskraut (Marihuana) betrug im Jahr 2020 2,5 Prozent (2019: 2,6 Prozent). Die Medianwerte für dieses Material liegen seit Jahren konstant in diesem Bereich. Unter der Bezeichnung Cannabiskonzentrat werden Zubereitungen zusammengefasst, bei denen infolge eines Anreicherungsprozesses (Extraktion mit einem Lösungsmittel) der THC-Gehalt erhöht ist (z. B. Dabs, Honey Bee Extrakte, Haschischöl). Der mittlere Wirkstoffgehalt für dieses Produkt betrug im Jahr 2020 40,6 Prozent THC (2019: 49,3 Prozent) und hat damit im Vergleich zu den Vorjahren weiter abgenommen.

7. Wie hoch wird das Aufkommen von synthetischen Cannabinoiden in Cannabisprodukten in Deutschland geschätzt?

Entsprechend einer Einordnung auf europäischer Ebene handelt es sich auch nach dem Verständnis der Bundesregierung bei synthetischen Cannabinoiden um neue psychoaktive Stoffe (NPS). Sie ahmen die Wirkung des Hauptwirkstoffes THC der Cannabispflanze nach. Eine andere gebräuchliche Bezeichnung für diese Gruppe von Stoffen ist „synthetische Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten“.

Schätzungen zum Aufkommen von synthetischen Cannabinoiden in Cannabisprodukten in Deutschland können durch die Bundesregierung nicht vorgenommen werden. In letzter Zeit werden vermehrt Sicherstellungen von CBD-Hanf, Fake-Haschisch und Marihuana etc. festgestellt, die mit synthetischen Cannabinoiden und weiteren NPS versetzt wurden.

8. Warum wird keine systematische Prüfung von Inhaltsstoffen bei sicher gestelltem Cannabis durchgeführt?

Durch Bundesbehörden sichergestellte Cannabisprodukte werden immer kriminaltechnisch im Hinblick auf einen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz untersucht. Zum Zuständigkeitsbereich der Länderpolizeien kann seitens der Bundesregierung keine Aussage getroffen werden.

9. Wie viele Todesfälle im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden wurden, nach Kenntnis der Bundesregierung, in Deutschland in den letzten zehn Jahren jährlich berichtet?

Die Daten zu Rauschgifttodesfällen in Verbindung mit synthetischen Cannabinoiden werden vom Bundeskriminalamt seit 2019 erhoben. Im Jahr 2019 wurden elf Todesfälle durch den Konsum von synthetischen Cannabinoiden allein oder in Verbindung mit anderen Stoffen polizeilich registriert, im Jahr 2020 waren es insgesamt neun Todesfälle.

10. Was hat die Bundesregierung gegen die wachsenden Gesundheitsgefahren von synthetischen Cannabinoiden unternommen, bzw. was plant sie, diesbezüglich zu unternehmen?

Das Auftreten und die Verbreitung weiterer NPS, etwa synthetischer Cannabinoide, stellen auch aus Sicht der Bundesregierung eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit dar. Dies hat die Bundesregierung bereits zum Anlass für kontinuierliche rechtliche Maßnahmen genommen.

So enthält das von der Bundesregierung in den Deutschen Bundestag eingebrachte und im November 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung von NPS (Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, NpSG) in Ergänzung zum einzelstofflichen (enumerativen) Ansatz des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) die Regelung ganzer Stoffgruppen. Hierdurch ist es für die Akteure am Drogenmarkt nicht mehr ohne weiteres möglich, durch kleine chemische Veränderungen von dem BtMG bereits unterliegenden Stoffen, dessen Verbote zu umgehen. Damit wird der Wettlauf zwischen dem Auftreten immer neuer chemischer Varianten bekannter Stoffe und der Notwendigkeit hierzu die Verbotregelungen im BtMG einzelstofflich fortzuschreiben, durchbrochen. Zudem wird ein klares Signal an die Akteure des Drogenmarktes und Konsumierende gegeben, dass es sich um verbotene und gesundheitsgefährdende Stoffe handelt.

Dem Ansatz des Regierungsentwurfes folgend umfassen die Verbots- und Sanktionsvorschriften des NpSG bereits seit dem Inkrafttreten des Gesetzes die Stoffgruppe „Cannabimimetika/synthetische Cannabinoide“.

Nach dem Stand der Erkenntnisse über NPS am Drogenmarkt wurden und werden die Anlage des NpSG und die Anlagen des BtMG regelmäßig durch Rechtsverordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Bundesregierung fortgeschrieben. Dabei werden einzelne NPS, die in besonderer Weise gesundheitsgefährdend und in größerem Ausmaß missbräuchliche Anwendung finden, ergänzend zum Stoffgruppenansatz des NpSG, den Regelungen des BtMG unterstellt. In diesen Fällen gehen die strengeren Verbots- und Sanktionsvorschriften des BtMG denen des NpSG vor. So wurden seit dem Inkrafttreten des NpSG die folgenden synthetischen Cannabinoide in das BtMG aufgenommen:

MDMB-4en-PINACA, 4F-MDMB-BINACA, 5F-MDMB-PICA, CUMYL-4CN-BINACA, CUMYL-5F-PEGACLONE, CUMYL-PEGACLONE, CUMYL-5F-P7AICA, AMB-CHMICA (MMB-CHMICA), 5CI-AKB-48, 5CI-JWH-018, MDMB-CHMCZCA, MMB-2201, NE-CHMIMO, ADB-CHMINACA, ADB-FUBINACA, AMB-FUBINACA, 5F-ADB, 5F-MN-18 und MDMB-CHMICA.

Die Stoffgruppe „Cannabimimetika/synthetische Cannabinoide“ wurde zuletzt durch die 2. Verordnung zur Änderung der Anlage des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes vom 28. Juni 2021 erweitert (Ergänzung der sogenannten Substituenten an der Kernstruktur dieser Stoffgruppe).

Auf dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) betriebenen Portal www.drugcom.de, das sich an eine konsumaffine Zielgruppe richtet, gab und gibt es immer wieder Veröffentlichungen zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, die auf die Risiken des Konsums von Cannabis sowie von synthetischen Cannabinoiden hinweisen. Zuletzt wurden zudem Warnungen veröffentlicht, dass Cannabisprodukte im Umlauf sind, die mit synthetischen Cannabinoiden versetzt sind.

Zudem ist dieser Phänomenbereich vom Monitoring des Europäischen Frühwarnsystems der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht umfasst.

11. Wie kann nach Ansicht der Bundesregierung eine Qualitätskontrolle von Cannabis in Deutschland möglich werden?

Im Interesse eines vorbeugenden Schutzes der Bevölkerung und des Einzelnen vor den mit dem Konsum von illegalen Betäubungsmitteln verbundenen Gesundheitsgefahren warnt die Bundesregierung auch vor dem Konsum von Cannabis zu nicht-medizinischen Zwecken. Die Gesundheitsgefahren des Cannabismissbrauchs insbesondere bei Jugendlichen und Heranwachsenden sind – unabhängig von der weiteren qualitativen Zusammensetzung des Cannabis im Einzelfall – medizinisch erwiesen. Deshalb ist der Verkehr mit Cannabis außerhalb der medizinischen Anwendung auf der Grundlage einer ärztlichen Verschreibung grundsätzlich verboten und sanktionsbewehrt.

Für eine qualitätsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland mit Arzneimitteln auf Cannabisbasis, wozu auch Medizinalcannabis (getrocknete Cannabisblüten) zählt, hat die Bundesregierung angemessene rechtliche Rahmenbedingungen durch die Ermöglichung des Anbaus von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Deutschland sowie durch die Möglichkeit zur Einfuhr von medizinischem Cannabis aus dem Ausland geschaffen. In diesem Kontext unterliegt Medizinalcannabis von seiner Herstellung über das

Inverkehrbringen bis hin zur Abgabe in der Apotheke auf der Grundlage einer ärztlichen Verschreibung auf einem Betäubungsmittelrezept den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften wie auch den hohen Anforderungen des Arzneimittel- und Apothekenrechts.

12. Wie viele Menschen haben jährlich in Deutschland in den letzten zehn Jahren aufgrund einer Cannabisabhängigkeit eine Therapie absolviert (bitte nach Jahr aufschlüsseln)?

Personenbezogene Daten zu absolvierten Therapien liegen deutschlandweit nicht vor. Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) weist Daten zu behandelten Fällen („Behandlungsepisoden“) aus; wobei Personen mit mehreren Behandlungen innerhalb eines Jahres wiederholt gezählt werden, wenn mehr als eine Therapie begonnen wird.

Die Daten der DSHS zu behandelten Fällen mit der Hauptdiagnose Cannabinoide (dies inkludiert synthetische Cannabinoide und Cannabis) für den stationären und ambulanten Bereich können den nachfolgenden Tabellen entnommen werden. Daten zu Aufnahmen in Akutkliniken (Entzug) und zu ambulanten Psychotherapien sind in der DSHS nicht enthalten.

Stationäre Behandlungsepisoden mit der Hauptdiagnose Cannabinoide

Jahr	Männer	Frauen	Unbestimmt	Unbekannt	Gesamt
2011	1.818	297	–	0	2.115
2012	2.159	386	–	0	2.545
2013	2.448	482	–	0	2.930
2014	2.855	512	–	0	3.367
2015	3.283	635	–	0	3.918
2016	3.305	623	–	0	3.928
2017	2.432	467	0	0	2.899
2018	2.629	566	0	0	3.195
2019	2.452	496	0	0	2.948
2020	2.289	503	0	0	2.792

Quelle: DSHS

Ambulante Behandlungsepisoden mit der Hauptdiagnose Cannabinoide

Jahr	Männer	Frauen	Unbestimmt	Unbekannt	Gesamt
2011	17.881	2.992	–	14	20.887
2012	19.692	3.560	–	18	23.270
2013	21.876	4.051	–	19	25.946
2014	23.740	4.531	–	13	28.284
2015	24.907	4.692	–	20	29.619
2016	25.206	4.821	–	19	30.046
2017	24.161	4.772	7	8	28.948
2018	24.695	4.687	19	8	19.409
2019	23.480	4.728	29	13	28.250
2020	22.592	4.726	25	8	27.351

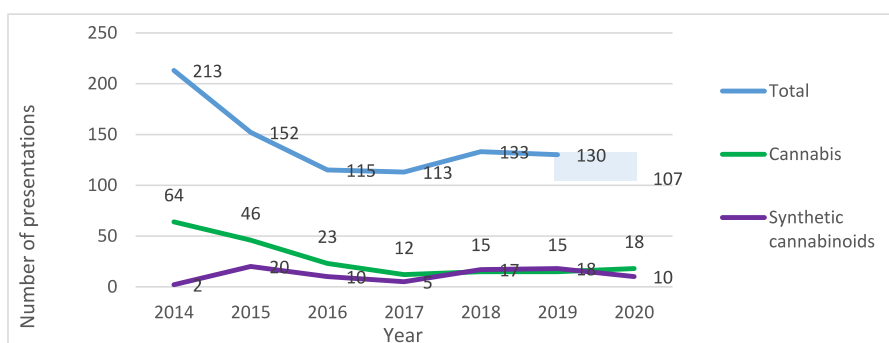
Quelle: DSHS

13. Wie häufig wurde Cannabis im Rahmen des Euro-DEN Plus-Netzwerks bei Notfällen wegen akuter Drogentoxizität in Deutschland gemeldet (bitte nach Cannabis- und Mischkonsum differenziert auflisten)?

Das Euro-DEN Plus Netzwerk der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sammelt Daten zu drogenbezogenen Einlieferungen in Notfallaufnahmen. Aus Deutschland ist nur das Klinikum Rechts der Isar in München im Euro-DEN Plus Netzwerk beteiligt. Im Folgenden werden Daten aus dieser Klinik vorgelegt, hier aufgezeigte Entwicklungen sind daher nicht repräsentativ für ganz Deutschland.

Es liegen Daten von Januar 2014 bis Oktober 2020 vor (die Datenauswertung für das gesamte Jahr 2020 ist noch nicht abgeschlossen). Von 963 in dieser Zeit gemeldeten Vergiftungsfällen wurden 193 (20 Prozent) Cannabis-bezogene Einlieferungen (alleine oder in Kombination mit anderen Substanzen) und 82 (8,5 Prozent) synthetische Cannabinoid-bezogene Krankenhauseinlieferungen (alleine oder in Kombination mit anderen Substanzen) gemeldet.

Euro-DEN-Fälle aufgrund von Cannabis und synthetischen Cannabinoiden von 2014 bis Oktober 2020

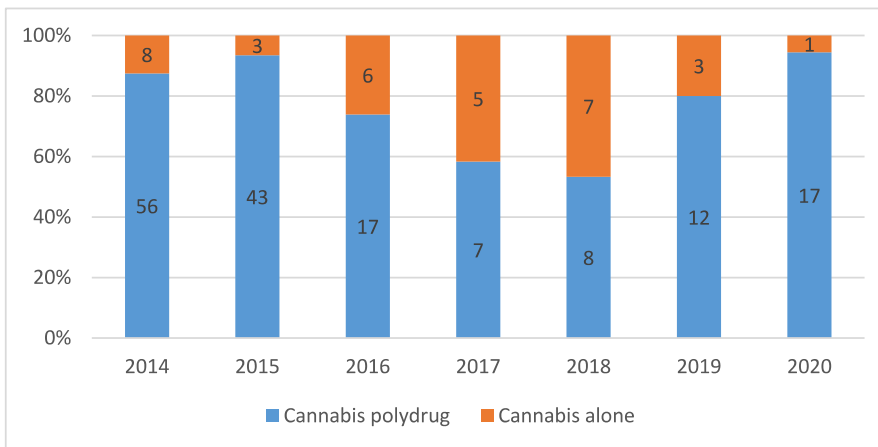


Quelle: EBDD

Sowohl die absolute Zahl der Vergiftungsfälle, an denen Cannabis beteiligt war, wie auch der Anteil an den insgesamt gemeldeten Fällen, ist seit 2014 zurückgegangen. In den Jahren 2014 und 2015 war Cannabis noch an etwa 30 Prozent der gemeldeten Fälle beteiligt, zwischen 2016 und 2019 an 10 bis 20 Prozent. Die vorläufigen Zahlen für 2020 deuten darauf hin, dass diese Entwicklung im Jahr 2020 stabil bleibt.

Von insgesamt 193 Vergiftungsfällen mit Cannabisbeteiligung waren 17 Prozent (33 Fälle) monovalente Vergiftungen, in 83 Prozent der Fälle war mindestens eine weitere Substanz beteiligt (siehe nachfolgende Tabelle). Aus den vorliegenden Daten zu polyvalenten Vergiftungen kann nicht abgelesen werden, welche der Substanzen bzw. welche Wechselwirkungen für die Vergiftungserscheinungen relevant waren.

Euro-DEN-Fälle durch Cannabis (monovalent vs. polyvalent) von 2014 bis Oktober 2020



Quelle: EBDD

14. Wurde in Deutschland in den letzten Jahren ein Trend zum heimischen Cannabisanbau, der teilweise auf Ausgangsbeschränkungen zurückzuführen ist, beobachtet?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen vor, ob und inwieweit der heimische Cannabis-Anbau durch Ausgangsbeschränkungen beeinflusst wurde.

15. Aus welchen Staaten dürfen Medizinalcannabisprodukte nach Deutschland importiert werden, und wie hoch sind die jeweiligen Importmengen (bitte die Namen der Staaten nennen und nach Cannabisblüten, Cannabisextrakten und Fertigarzneimitteln sowie Importmenge aufschlüsseln)?

Nach Maßgabe des Betäubungsmittelrechts darf Medizinalcannabis nach Deutschland eingeführt werden, wenn es aus einem Anbau zu medizinischen Zwecken unter staatlicher Kontrolle gemäß den Artikeln 23 und 28 Absatz 1 des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe der Vereinten Nationen stammt. In den allermeisten Fällen erfolgt die Einfuhr der Cannabisblüten und -extrakte nach Deutschland direkt aus demjenigen Staat, in dem der kontrollierte Anbau stattfindet. Nur in wenigen Einzelfällen erfolgt die Einfuhr nach Deutschland über andere Staaten, in denen selbst kein Anbau stattfindet.

Bezogen auf die aktuelle Lage im ersten Halbjahr 2021 zeigt die nachstehende Übersicht die Einfuhrmengen zu medizinischen und wissenschaftlichen Zwecken. Die Mengen der getrockneten Cannabisblüten werden als Gewichtsmengen (in kg) angegeben. Die Extraktmengen werden als Gewichtsmengen der getrockneten Cannabisblüten (in kg) angegeben, die für die Herstellung der Extrakte benötigt wurden. Zudem werden die Einfuhrmengen Cannabis-basierter Zubereitungen in Form von in Deutschland zugelassener Fertigarzneimittel (in Stückzahl) angegeben. Hierbei wird nach denjenigen Ausfuhrstaaten differenziert, aus denen Medizinalcannabis nach Deutschland eingeführt wurde.

Nach Deutschland eingeführte Mengen an Medizinalcannabis im ersten Halbjahr 2021

Ausfuhrstaat	Cannabisblüten (Menge in kg)	Cannabisextrakt (Menge in kg)	Fertigarzneimittel (Menge in Stückzahl)
Australien	484,7	261,5	–
Dänemark	1.730,3	2,1	–
Israel	0,1	58,4	–
Jamaika	6,0	–	–
Kanada	2.882,4	116,4	–
Kolumbien	–	97,3	–
Lesotho	0,2	–	–
Malta	0,2	2,5	–
Neuseeland	0,1	–	–
Niederlande	1.989,4	–	26.337
Nordmazedonien	–	3,3	–
Österreich	142,3	–	–
Polen	50,0	–	–
Portugal	1.157,3	425,8	–
Schweiz	0,3	–	–
Spanien	165,1	13,1	–
Uruguay	358,2	–	–

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

16. Wie hoch ist die aktuelle durchschnittliche Bearbeitungszeit von Anträgen auf Zulassung von Arzneimitteln, die zur Verminderung der Keimzahl mit ionisierenden Strahlen behandelt worden sind (§ 7 des Arzneimittelgesetzes [AMG] und § 1 der Verordnung über radioaktive oder mit ionisierenden Strahlen behandelte Arzneimittel [AMRadV]), unter Berücksichtigung der Vollständigkeit der eingereichten Unterlagen?

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit von Anträgen auf Zulassung von zur Verminderung der Keimzahl mit ionisierenden Strahlen behandelten Arzneimitteln (§ 7 AMG und § 1 AMRadV) betrug zuletzt 4,5 Monate.

