Stellungnahme des Branchenverbands Cannabiswirtschaft e.V. zum Entwurf der Bundesregierung zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes - 01.08.2025

Der Branchenverband Cannabiswirtschaft e.V. bedankt sich für die Einladung, zu diesem Referentenentwurf Stellung zu nehmen und die Einschätzungen seiner Mitglieder zu den Folgen mit Ihnen teilen zu können.

Einführende Bemerkungen

Der Branchenverband Cannabiswirtschaft e.V. (BvCW) ist der größte Industrieverband im Bereich Cannabis, Nutzhanf und verwandten Industriebereichen im Technik-, Handels- und Dienstleistungssektor. Der Verband vertritt etwa 100 Unternehmen und Gewerbetreibende in Deutschland, die eine vierstellige Zahl an Mitarbeitenden beschäftigen und voraussichtlich etwa 1 Mrd. Euro Umsatz 2025 erwirtschaften werden[1]. Der BvCW setzt sich stets für die Integrität des Marktes für Medizinalcannabis ein und bewertet daher in der Gesamtbetrachtung die aktuell vorgeschlagenen Einschränkungen als unverhältnismäßig und zu weit gehend im Hinblick auf die negativen Auswirkungen für Patient:innen in Deutschland.

Executive Summary

- Der BvCW befürchtet durch die vorgeschlagenen Regelungen eine massive Verschlechterung des Zuganges zu medizinischem Cannabis für Patient:innen, sowohl im GKV- als auch im Selbstzahlerbereich.
- Der zugrundeliegende Bezug auf stark gestiegene Einfuhrmengen greift zu kurz, da Faktoren wie Nachholeffekte, Re-Exporte, Weiterverarbeitung, wissenschaftliche Verwendungen und notwendige Vernichtungen außer Acht gelassen werden.
- Cannabisblüten sollten im Vergleich zu anderen verschreibungspflichtigen Medikamenten keinen Sonderfall darstellen. Diese einseitige Diskriminierung ist aus Sicht des BvCW nicht tragbar und birgt Gefahren für Patient:innen.
- Auch werden die Vorteile von Telemedizin im Sinne der Ziele der Bundesregierung zur Digitalisierung im Gesundheitswesen (weitestgehend) ignoriert.
- Die vorgeschlagenen Regelungen greifen in die Therapiehoheit der Ärzt:innen ein und stellen ein Existenzrisiko für Vor-Ort-Apotheken mit Versandhandelserlaubnis dar.
- Ein in vielen Fällen erneutes Ausweichen auf den Schwarzmarkt, verbunden mit allen Risiken für Gesundheits-, Gesellschafts- und Jugendschutz ist als Folge dieser Regelung zu erwarten.
- Bestehende rechtliche und berufsständische Regelungen sind ausreichend und müssen durchgesetzt werden.
- Gleichzeitig bestehen Bedenken an der rechtlichen Zulässigkeit der vorgeschlagenen Regelungen.
- Daher schlägt der BvCW vor, diesen Referentenentwurf nicht weiterzuverfolgen. Alternativ wäre es sinnvoll, einen europarechtskonformen rechtlichen Rahmen für alle telemedizinische Konsultationen zu schaffen. Sollte dieser Entwurf weiterverfolgt werden, ist es notwendig, Videosprechstunden wie bisher zu ermöglichen. Gleichzeitig sind aus Sicht des BvCW die Regelungen für Versandverbote und Straffestschreibungen zu streichen.

[1] https://cannabiswirtschaft.de/wp-content/uploads/2025/03/Factsheet-Einordnung-und-Kennzahlen.pdf

Anstieg der Einfuhrmengen von Medizinalcannabis und von Verordnungen zeigen Nachholeffekt

Der im Referentenentwurf aufgeführte Anstieg der Importmenge um 170 % im zweiten Halbjahr 2024 gegenüber dem 1. Halbjahr 2024 zeigt einen deutlichen Nachholeffekt, der durch die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen erwartbar war. Dies wird auch durch ein starkes Abflachen des Anstiegs der Importmenge sichtbar, was für eine einsetzende Bedarfsdeckung spricht.[2] Schätzungen zufolge könnten zwei Prozent der Bevölkerung von Medizinalcannabis profitieren[3], was rund 1,67 Millionen Menschen in Deutschland entspräche. Jedoch gibt es für Medizinialcannabis trotz aller Verbesserungen weiterhin noch hohe Hürden für eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Ein Privatrezept ist und bleibt deshalb für viele Patient:innen oft der einzige legale Zugang. Insofern ist ein deutlicher Anstieg hier nicht überraschend und darf deshalb nicht allein als Missbrauch interpretiert werden.

Importmengen-Anstieg hat auch mit der Stärke der deutschen Cannabiswirtschaft in Europa zu tun

Deutschland hat in den vergangenen Jahren im europäischen Markt für Medizinalcannabis zunehmend eine innereuropäisch führende Rolle eingenommen. Dieser Wirtschaftsbereich ist in den vergangenen Jahren in Deutschland stark gewachsen und produziert für den deutschen, aber auch für internationale Märkte. Mehrere Tonnen Medizinalcannabis werden aus Deutschland jährlich u.a. nach Polen, in das Vereinigte Königreich, Malta, Tschechien und andere Märkte exportiert[4]. Unbeachtet bleiben in der Betrachtung des Referentenentwurfs auch Mengen, die in Deutschland zu Cannabisextrakten weiterverarbeitet oder zu medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden. Abschließend ist davon auszugehen, dass aufgrund abgelaufener Haltbarkeitsdaten relevante Mengen vernichtet wurden. Getrocknete Cannabisblüten sind je nach Kultivar und Produzenten in der Regel zwischen sechs und zwölf Monaten haltbar. Es wird hier deutlich, dass die Importmenge nach Deutschland keine genaue Auskunft über die tatsächliche Abgabe an Patient:innen liefert.

Geringer GKV-Anteil spiegelt gesundheitspolitische Praxis wider

Die Erstattungsfähigkeit durch die GKV ist weiterhin sehr restriktiv und umfasst bei Weitem nicht alle Diagnosen, für die Medizinalcannabis eine wirksame Therapieform darstellt. Viele dieser Krankheiten, wie beispielsweise chronische Schlaflosigkeit, ADHS oder Endometriose, sind in der Gesellschaft weit verbreitet und bleiben oft jahrelang undiagnostiziert. Die Symptome werden in der Regel durch nicht erstattbare Präparate in Eigentherapie gelindert. Dass Teile dieser Patientengruppe nun zu einer ärztlich verordneten Therapieform gewechselt sind, ist daher zu begrüßen. Ärztlich indizierte und kontrollierte Therapien finden zunehmend im Selbstzahlermarkt statt, wenn die GKV-Erstattungsfähigkeit strukturell deutlich hinter dem medizinischen Bedarf zurückbleibt. Diese strukturelle Deckungslücke wurde bereits im Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zum Stand und Perspektiven der Telemedizin aufgeführt, indem Patient:innen durch Telemedizin vor allem Zugang zu Leistungen außerhalb

[2] siehe Tabelle am Ende des Dokuments

[3] Stellungnahme ACM vom 24.07.2023, Seite 3 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/CanG/international_alliance_for_cannabinoid_medicines.pdf

[4] Allein Polen hat 2024 etwa acht Tonnen Medizinalcannabis größtenteils aus Deutschland importiert und damit die Importmenge von 2023 mehr als verdoppelt. (offizielle Zahl auf Nachfrage von der Hauptinspektion für Pharmazeutika in Polen) https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Rekordowy-import-suszu-z-konopi-GIF-podal-nowe-dane-dotyczace-medycznej-marihuany,268072,6.html

der GKV erhalten.[5] Somit sollte die gestiegene Einfuhrmenge und die in wesentlich geringerem Umfang gestiegene Anzahl der Verordnungen mit GKV-Erstattung nicht grundsätzlich als Beleg einer missbräuchlichen Praxis gewertet werden.

Therapie mit Cannabisblüten häufig noch alternativlos

Der Referentenentwurf befasst sich ausschließlich mit Cannabisblüten, was für den BvCW eine nicht nachvollziehbare Diskriminierung dieser Dareichungsform darstellt, da sich die Wirkungsweise von Cannabis in den verschiedenen Darreichungsformen stark unterscheidet. So bietet die Zufuhr per Inhalation (beispielsweise durch Verdampfen von getrockneten Cannabisblüten) durch die schnelle Anflutung eine sofortige Wirkung, welche insbesondere bei akuten Schmerzattacken erforderlich ist. Eine orale Einnahme (beispielsweise von Extrakten) entfaltet erst nach einiger Zeit die Wirkung, was beispielsweise bei Schlafstörungen hilfreich ist. Daher verordnen Ärzt:innen oftmals verschiedene Darreichungsformen in Kombination, um eine bestmögliche Therapie für die Patient:innen zu gewährleisten. Der Regelungsvorschlag ist deshalb gerade für Patient:innen mit akuten Problemen besonders diskriminierend.

Vorteile der Telemedizin überwiegen in der gesellschaftlichen Gesamtbewertung

Nicht zuletzt seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Beschleunigung des digitalen Gesundheitswesens (Digital-Gesetz, DigiG) in 2024 sollen telemedizinische Ansätze einen festen Bestandteil der medizinischen Versorgung durch Ärzt:innen sowie der assistierenden Beratung durch Apotheken darstellen.[6] Damit will der Gesetzgeber erreichen, dass zum einen Patient:innen mit eingeschränkter Mobilität, Patient:innen im ländlichen Raum sowie Patient:innen mit Erkrankungen, die keiner persönlichen Untersuchung bedürfen, schnell und einfach ärztlich geholfen werden kann und zum anderen die vollen Wartezimmer vieler Praxen entlastet werden.

Gerade vor diesem Hintergrund ist schwer nachvollziehbar, dass in der Diskussion die Nutzer von Telemedizinplattformen pauschal als Konsumierende für den Freizeitgebrauch vorverurteilt werden, ohne hierfür auch nur ansatzweise belastbare Daten vorzulegen. Der vorgelegte Referentenentwurf würde Patient:innen den flächendeckenden Zugang zu legalen, kontrollierten und qualitätsgesicherten Produkten erschweren und viele von ihnen wahrscheinlich wieder auf den Schwarzmarkt treiben.

Freizeitkonsum und medizinische Therapie wirksam trennen

Es kann - wie auch bei anderen Arzneimitteln - natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil der Verschreibungen missbräuchlich genutzt wird. Gleichzeitig muss deutlich darauf hingewiesen werden, dass sich aufgrund der bestehenden Rechtslage derjenige strafbar macht, der sich oder anderen durch falsche Angaben Zugang zu einem Cannabisrezept verschafft[7]. Sollten trotz dieser Strafbarkeit ärztliche Verschreibungen für den freizeitlichen Gebrauch genutzt werden, zeigt dies vielmehr, dass Betroffene bereit sind, ein rechtliches Risiko einzugehen, um den gesundheitlichen, qualitativen und sozialen Gefahren des Schwarzmarktes zu entgehen.

[5] https://dserver.bundestag.de/btd/20/150/2015069.pdf S.29.
[6] Digital Gesetz DigiG vom 26. 03. 2024
[7] § 25 Abs. 1 Nr. 1 MedCanG

Eine umfassende und nachhaltige Lösung für das vermeintliche Ausweichen von Freizeitkonsumierende auf Medizinalcannabis stellt dabei natürlich die legale Bezugsmöglichkeit von Genussmittelcannabis über lizenzierte Verkaufspunkte oder Modellprojekte dar. Eine schnelle Genehmigung der in § 2 (4) des Konsumcannabisgesetzes (KCanG) angedachten wissenschaftlichen Forschungsvorhaben zu nicht-medizinischem Cannabis kann hierbei kurz- bis mittelfristig stabile Daten liefern, die eine Entscheidung pro/contra dieser Maßnahme unterstützen. Für diesen Prozess steht der BvCW auch weiterhin als kompetenter Gesprächspartner zur Verfügung.

Dennoch unterstützt die Cannabiswirtschaft die Zielrichtung des Gesetzgebers, klare Rahmenbedingungen für die Aktivitäten von Telemedizinplattformen umzusetzen und bietet ihre Expertise an, um durch einen konstruktiven Austausch eine angemessene Lösung zu erarbeiten. Eine Lösung, die sowohl den Bedürfnissen der Patient:innen als auch den verantwortungsvoll agierenden Anbietern und Dienstleistern im Bereich des Medizinalcannabis gerecht wird.

Negative Auswirkungen für die Patientenversorgung sind ein Gewinn für den Schwarzmarkt

Die Einführung des Medizinalcannabis-Gesetzes (MedCanG) im April 2024 eröffnete durch den erleichterten Zugang zu qualitativ hochwertigem und kontrolliertem Medizinalcannabis hunderttausenden Patient:innen die Möglichkeit, fernab von Stigma und überbordender Bürokratie endlich eine ärztlich begleitete Therapie zu beginnen. Bis dahin stellte der Schwarzmarkt faktisch das einzige niederschwellige Bezugsangebot dar - insbesondere für Patient:innen mit Beschwerden wie beispielsweise ADHS. Als Folge war die Dunkelziffer der Patient:innen in der Eigentherapie unter den Konsumierenden auf dem Schwarzmarkt höher als oft vermutet. Die Überführung der Patient:innen und Konsument:innen heraus aus kriminellen Milieus in einen legalen und geregelten Markt war ein erklärtes Ziel des Gesetzgebers.

Eine signifikante Einschränkung des legalen Zugangs würde daher mit hoher Wahrscheinlichkeit eine erneute Abwanderung in den Schwarzmarkt mit allen unerwünschten Folgen nach sich ziehen. Diese Zielrichtung wäre für den BvCW nicht nachvollziehbar, zumal der Entwurf keinerlei Lösungsvorschläge für die soeben dargestellte Problemstellung beinhaltet.

Rechtsprechung gegen Regelverstöße

Für telemedizinische Angebote gibt es bereits jetzt einige Regeln zu beachten, die aus Sicht des BvCW ausreichend sind. Konkret beziehen wir uns hier auf folgende Regelungen:

- Die (Muster-) Berufsordnung für Ärzt:innen (§ 7 Abs. 4 MBO-Ä) gibt klar vor: „Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn sie ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird.“ Für die Umsetzung sind die Landesärztekammern zuständig und sollten entsprechend die Einhaltung überwachen.
- Einschränkungen für die Werbung für Fernbehandlungen (§ 9 HWG) und verschreibungspflichtige Arzneimittel (§ 10 HWG)
- Ärztliche wie apothekerliche Beeinflussungs- und Zuweisungsverbote von Patient:innen sowie Verschreibungen (§ 11 Apothekengesetz, § 31 MBO-Ä)
- Besteht der Verdacht auf einen Missbrauch, ist die Apotheke verpflichtet, die Herausgabe des Arzneimittels zu verweigern (§ 17 Abs. 8 Apothekenbetriebsordnung)
- Datenschutzrechtliche Vorgaben (EU-DSGVO, BDSG)

- Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) und Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)
- Die Regelungen zur Nutzung der Videosprechstunde, die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband getroffen wurden, sowie die im Bundesmantelvertrag-Ärzte (Anlagen 31b und 31c BMV-Ä) festgelegten Qualitätsvorgaben
- Strafbarkeit falscher Angaben zur Erlangung einer Cannabis-Verschreibung sowie der unbefugte Abgaben (§ 25 Abs 1 Nr.1 und 2 MedCanG)

Da diese Regelungen nur für Ärzt:innen und Apotheken mit Sitz in Deutschland durchzusetzen sind, wäre aus Sicht des BvCW eine europarechtliche Regelung notwendig, die den gesamten Telemedizinbereich einbezieht. Ansonsten stellt dieser Referentenentwurf eine Diskriminierung deutscher Ärzt:innen und Apotheker:innen sowie der Cannabistherapie dar.

Die jüngsten - Stand 30.07.2025 noch nicht rechtskräftigen - Urteile gegen telemedizinisch tätige Plattformanbieter zeigen, dass bereits geltende Regelungen, insbesondere das Heilmittelwerbegesetz (§§ 9, 10 HWG) sowie das Apothekengesetz (§ 11 ApoG - Zuweisungsverbot), geeignete Instrumente darstellen können, um gezielt gegen unzulässige Werbepraktiken und unzulässige Verbindungen zwischen Plattformen und Apotheken vorzugehen. Diese Fälle bestätigen, dass bestehendes Recht greift - sofern es konsequent angewandt wird. Aus Sicht des BvCW rechtfertigen derartige Einzelfallentscheidungen keine pauschale Einschränkung rechtssicherer, digitalmedizinischer Versorgungsmodelle. Stattdessen braucht es eine klare Trennung zwischen gesetzeswidrigen Geschäftsmodellen und qualitätsgesicherter, ärztlich verantworteter Versorgung.

Rechtliche Einordnung des Referentenentwurfs

Die geplanten Sonderregelungen verstoßen aus Sicht des BvCW gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG), da eine Ungleichbehandlung von medizinischem Cannabis gegenüber anderen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ohne sachliche Rechtfertigung erfolgt. Während für Medikamente mit vergleichbarem oder höherem Missbrauchspotenzial keine speziellen Einschränkungen bestehen, soll für Cannabis ein persönlicher Erstkontakt vorgeschrieben und der Versandhandel ausgeschlossen werden. Konkrete Daten zum Missbrauch von medizinischem Cannabis im Rahmen der Telemedizin liegen nicht vor; der Hinweis auf gestiegene Importe bei moderatem Anstieg der GKV-Verordnungen belegt keinen Missbrauch, sondern ist mit erwartbaren Nachholeffekten nach der Entlassung aus dem Betäubungsmittelrecht erklärbar. Zudem bleibt die GKV-Erstattung weiterhin streng reglementiert, weshalb ein erhöhter Selbstzahlerbedarf naheliegt.

Darüber hinaus greift die Regelung in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG ein, da sie Ärzt:innen vorschreibt, wie sie ihre Behandlung gestalten sollen, Apotheken das Versenden von Cannabis untersagt und telemedizinischen Plattformen ihre Geschäftsgrundlage entzieht. Die Eingriffe sind unverhältnismäßig, da sie weder erforderlich noch angemessen sind: Berufs- und apothekenrechtliche Vorgaben sichern bereits jetzt eine ordnungsgemäße Versorgung und mildernde Maßnahmen wären möglich.

EU-rechtliche und wirtschaftliche Einordnung

Die vorgeschlagenen Änderungen würden aus Sicht des BvCW vor allem deutsche Ärzt:innen und Apotheken treffen und dadurch Nachteile verursachen. Ein Versandhandelsverbot hätte ausschließlich negative Auswirkungen auf deutsche Vor-Ort-Apotheken, da aufgrund der internationalen Rahmenbedingungen ausschließlich deutsche Apotheken mit Versandhandelserlaubnis den Versand von Medizinalcannabisblüten übernehmen.

Selbst wenn Versandapotheken aus dem EU-Ausland involviert wären, würde hier die Rechtmäßigkeit dieser Regelung fraglich sein. Grundsätzlich verbietet Artikel 34 (Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, AEUV) alle quantitativen Einschränkungen, wie Verbote und Quotensysteme, als auch Maßnahmen mit gleicher Wirkung, z.B. alle direkten und indirekten, tatsächlichen und potenziellen Handelshemmnisse. Dabei können auch komplett interne Maßnahmen, welche nicht direkt mit Importen oder Exporten zusammenhängen, aufgrund potenzieller grenzübergreifender Auswirkungen gegen die Warenverkehrsfreiheit verstoßen[8]. Dahingehend stellt ein Versandverbot eine “Maßnahme gleicher Wirkung” (MEQR) im Sinne des Artikel 34 AEUV dar und könnte im Kontext verschreibungspflichtiger Medikamente nur unter strengen Auflagen aus Gründen des Gesundheitsschutzes nach Artikel 36 AEUV gerechtfertigt werden[9]. Laut EUGH wäre ein legitimes Ziel im Sinne des Artikel 36 AEUV beispielsweise die Gewährleistung einer flächendeckenden sicheren und qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung[10] - ein Versandverbot würde diesem Ziel paradoxerweise aktiv entgegenwirken.

Basierend auf der der EU-Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung[11] ist es fraglich, ob von der Regelung zum Fernverschreibungsverbot auch alle Ärzt:innen im EU-Ausland betroffen wären. Es ist daher aus unserer Sicht nicht zielführend, eine solche Regelung umzusetzen, noch wäre es notwendig, da weniger restriktive Maßnahmen – beispielsweise Konsultation per Video-Sprechstunde – zur Verfügung stünden.

Die von der nationalen Behörde vorgelegten statistischen oder ad hoc Daten zum Beweis der Geeignetheit und Verhältnismäßigkeit der Maßnahme müssen von Gerichten objektiv geprüft werden, um sicherzustellen, dass sie zur Verwirklichung der verfolgten Ziele geeignet sind und diese auch nicht durch eine Maßnahme erreicht werden könnten, welche den freien Warenverkehr weniger einschränken würde[12]. Dahingehend lässt die vorgelegte Korrelation zwischen dem 170-Prozent-Anstieg der Importmenge von Cannabisblüten mit dem 9-Prozent-Anstieg an GKV-Verordnungen zwischen dem ersten Halbjahr 2024 und dem zweiten Halbjahr 2024 keinen Rückschluss auf kausale Zusammenhänge oder Differenzierung von Patientengruppen zu.

[8] Judgement of the Court of 7 May 1997, Jacques Pistre, C-321/94, ECLI:EU:C:1997:229 § 45
[9] Judgement of the Court of 11 December 2003, Deutscher Apothekerverband, C-322/01, ECLI:EU:C:2003:664 §§ 76, 124
[10] Judgement of the Court of 19 October 2016, Deutsche Parkinson Vereinigung, C-148/15, ECLI:EU:C:2016:776, § 34
[11] Richtlinie 2011/24/EU (“Cross-Border Healthcare”)
[12] Judgement of the Court of 19 October 2016, Deutsche Parkinson Vereinigung, C-148/15, ECLI:EU:C:2016:776, §§35-37

Erkenntnisse aus dem "Legislative Review of the Cannabis Act" der Regierung von Kanada

Im März 2024 legte eine Expertenkommission im Auftrag von Health Canada einen Bericht vor, in dem das kanadische Cannabisgesetz evaluiert wurde. Ein Abschnitt dieser Evaluation befasst sich mit medizinischen Cannabis und gibt aufschlussreiche Erkenntnisse auch für diese Gesetzentwurf[13]. So sieht diese eine Notwendigkeit für den Versandhandel von medizinischem Cannabis[14]. Die Begründung: Auch wenn eine Abgabe durch Vor-Ort-Apotheken gegeben ist, wird der Versandhandel gerade für Patient:innen in Gebieten mit limitiertem Zugang zu teilnehmenden Apotheken benötigt.

Fazit

Aus diesen einleitenden Punkten leiten wir vier Kernerkenntnisse zum Referentenentwurf ab:

1. Ein vollständiges Fernbehandlungsverbot erschwert Patient:innen den legalen Zugang zu Medizinalcannabisblüten und wird ein Ausweichen auf und damit eine Stärkung des Schwarzmarktes zur Folge haben.
2. Ein Versandhandelsverbot für Medizinalcannabisblüten trifft vor allem schwerkranke und wenig mobile Patient:innen und/oder Patient:innen im ländlichen Raum. Gerade diese vulnerable Gruppe ist auf Versandhandel angewiesen, um aufwändige Wege zu vermeiden. Dies stellt eine massive Verschlechterung der Situation auch im Vergleich zur Zeit vor der Einführung des MedCanG dar.
3. Wenn die Bundesregierung einen Missbrauch von Medizinalcannabisblüten annimmt und gleichzeitig Jugend- und Gesundheitsschutz vorantreiben und den Schwarzmarkt zurückdrängen möchte, braucht es Alternativen, die einen niedrigschwelligen Zugang für Konsumierende bieten. Hier bieten sich vor allem Modellprojekte an, durch die zum Beispiel die Wirksamkeit einer legalen Abgabe auf das Konsumverhalten von Personen valide untersucht werden können.
4. Um eine wirkfähige und belastbare Neuregelung für die Verschreibung von Arzneimitteln via Telemedizin zu schaffen, bedarf es europarechtlicher Regelungen, die sicherstellen, dass auch Ärzt:innen im EU-Ausland diesen Regelungen unterliegen und dies für alle Arzneimittel angewandt wird.

Darüber hinaus würden wir im Rahmen einer potentiellen Gesetzesänderung anregen, für einen niederschwelligen und kontrollierten Zugang für Patient:innen mit leichteren, gleichwohl chronischen und einschränkende Beschwerden einen rechtlichen Rahmen für eine kontrollierte Abgabe von cannabisbasierten Arzneimitteln durch Apotheken auch ohne ärztliche Verordnung zu schaffen. Hierzu könnten wissenschaftliche und zeitlich limitierte Modellprojekte etabliert werden, die innovative und vermutlich auch besser standardisierbare Darreichungsformen ermöglichen würden. Gleichzeitig könnten begleitende Therapie- und Patientendaten erhoben werden. Diese Daten könnten zusammen mit produktspezifischen Daten bez. Sicherheit, Wirksamkeit und Wirkstoffdosierung bzw. deren spezifischer Obergrenze, wichtige Grundlagen für eine Zulassung und Etablierung von cannabisbasierten OTC-

[13] Kapitel 11 https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/drugs-medication/legislative-review-cannabis-act-final-report-expert-panel/legislative-review-cannabis-act-final-report-expert-panel.pdf

[14] Seite 69 https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/drugs-medication/legislative-review-cannabis-act-final-report-expert-panel/legislative-review-cannabis-act-final-report-expert-panel.pdf

Arzneimitteln schaffen. Im Sinne einer gewünschten evidenzbasierten Entwicklung würden wir es begrüßen, wenn das BMG für derartige Forschungsprojekte einen entsprechenden rechtlichen Rahmen definieren würde.

In den Anlagen geht der BvCW darüber hinaus auf die einzelnen Textpassagen mit Überarbeitungsbedarf ein und bietet, wo möglich, Formulierungshilfen an.

Anlage 1:

Entwicklung der Importmengen im Jahr 2024 (quartalsweise)			
Quelle: Zahlen BfArM			
	Tonnen Import	prozentualer Anstieg ggü. vorherigen Quartal	Anstieg Tonnen ggü. vorherigen Quartal
Q1 2024	8,1		
Q2 2024 *	11,6	43,21%	3,5
Q3 2024	20,7	78,45%	9,1
Q4 2024	31,7	53,14%	11
Q1 2025	37	16,72%	5,3
* Inkrafttreten von CanG / MedCanG			

Anlage 2:
Kommentierung des Gesetzentwurfs

RefE BMG	Stellungnahme BvCW	BvCW Vorschlag für neue Gesetzesformulierung
1. § 3 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 1 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt: „Die Verschreibung von den in § 2 Nummer 1 genannten Blüten darf nur nach einem persönlichen Kontakt zwischen einer Ärztin oder einem Arzt und der Patientin oder dem Patient:innen in der Arztpraxis oder im Hausbesuch erfolgen. Für Folgeverschreibungen muss innerhalb der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt zwischen einer Ärztin oder einem Arzt und der Patientin oder dem Patient:innen in derselben Arztpraxis oder im Hausbesuch stattgefunden	Die vorgeschlagene Änderung würde den Zugang zur medizinischen Cannabistherapie für viele Patient:innen unnötig erschweren, den Praxis- und Verwaltungsaufwand deutlich erhöhen und steht im Widerspruch zu politisch und wissenschaftlich gestützten Zielen der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Aus Sicht des BvCW ist eine Neuregelung nicht notwendig, da bestehende rechtliche Rahmen ausreichend sind und durchgesetzt werden müssten. Das Heilmittelwerbegesetz (HWG) enthält bereits Regeln, die die Werbung für eine ausschließliche Fernbehandlung nur dann erlauben, wenn diese ärztlich verantwortbar und medizinisch vertretbar ist (§ 9 HWG). Dies setzt voraus, dass eine solche Behandlung im jeweiligen Einzelfall nach ärztlichem Berufsrecht zulässig ist. Grundlage hierfür ist § 7 Absatz 4 der Musterberufsordnung für Ärzt:innen, der eine ausschließliche Fernbehandlung ausdrücklich erlaubt, sofern ärztliche Sorgfaltspflicht gewahrt ist. Eine gesonderte gesetzliche Neuregelung erscheint daher überflüssig. Das HWG und die Musterberufsordnung für Ärzt:innen bieten daher bereits klar definierte Schranken gegen unkontrollierte Fernverschreibung. Verstöße sind bußgeldbewehrt. Es muss sichergestellt werden, dass die bestehenden Regeln auch bei allen Akteuren mit Sitz in Deutschland und im EU Ausland greifen und ggf. Rechtsverstöße unterbunden werden. Sollte der Gesetzgeber dennoch, auch mit Verweis auf die Gesundheitsministerkonferenz (GMK), auf einer Neuregelung bestehen, muss hierbei vor allem auf das Patientenwohl geachtet werden. Daher würden wir für diesen Fall empfehlen, die vorgeschlagene Regelung um Videokonferenzen zu erweitern.	Der BvCW schlägt verschiedene Optionen vor, wobei diese nicht als gleichrangig angesehen, sondern in der entsprechenden Reihenfolge gewertet werden müssen. <u>Option 1:</u> Streichung <u>Option 2:</u> Europarechtskonforme Novellierung der rechtlichen Rahmenbedingung für Telemedizin allgemein. <u>Option 3:</u> „Die Verschreibung von den in § 2 Nummer 1 genannten Blüten darf nur nach einem persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient:innen in der Arztpraxis, im Hausbesuch oder per Videosprechstunde erfolgen. Für Folgeverschreibungen muss innerhalb der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt zwischen einer Ärztin oder einem Arzt und der Patientin oder dem Patient:innen in derselben Arztpraxis, im Hausbesuch oder per Videosprechstunde stattgefunden haben.“

haben.“	Im Einzelnen machen wir bezüglich der genannten Passage folgende Einwände geltend: **1. Erschwerte Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen** – Viele Patient:innen müssen weite Strecken zur Praxis zurücklegen oder hohe Reisekosten tragen. – Hausbesuche durch Ärzt:innen sind zeit- und personalintensiv und können nicht flächendeckend angeboten werden.[15] – Auch bei Apotheken sind vergleichbare Probleme deutlich sichtbar.[16] **2. Erschwerte Versorgung für mobilitätseingeschränkte Menschen** – Menschen mit körperlichen wie psychischen Beeinträchtigungen wäre es deutlich erschwert, Cannabis als Therapieform anzuwenden. Für diese Personen wäre ein verpflichtender Arztbesuch vor Ort eine besondere zusätzliche Belastung. – Gerade mit Hinblick auf Indikationen wie Chronischer Schmerz oder auch in der Palliativmedizin, für deren Behandlung Cannabis häufig verschrieben wird, wäre eine solche Regelung sehr problematisch. **3. Vereinfachte Facharztkonsultation** – Die Telemedizin erweitert und erleichtert maßgeblich den Zugang zu Fachärzt:innen, da Patient:innen unabhängig von ihrem Wohnort oder ihrer Mobilität digital Kontakt zu spezialisierten Ärzt:innen aufnehmen können. Gerade in Regionen mit einer geringen Dichte an Facharztpraxen wird es so möglich, Wartezeiten und Anfahrtswege deutlich zu reduzieren und Spezialgebiete wie eine medizinische Cannabistherapie für Patient:innen zugänglich zu machen. – Die telemedizinische Betreuung leistet hier einen wichtigen Beitrag, damit patientenindividuelle medizinische Fragestellungen zeitnah fachärztlich beurteilt und notwendige Verordnungen ohne unnötige Verzögerungen veranlasst werden können.	

[15] https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1975066.jsp

[16] https://www.pressebox.de/pressemitteilung/aporisk-gmbh/Schrumpfende-Apothekenlandschaft-lndliche-Versorgungslcken-dringend-notwendige-Reformen/boxid/1256052

	4. Widerspruch zur Förderung der Telemedizin – Mit dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz, DVG) und dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) wird der Ausbau telemedizinischer Leistungen ausdrücklich gefördert. Beide Gesetze stehen im Einklang mit der im Jahr 2023 von der Bundesregierung erarbeiteten Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege. Die vorgeschlagene Regel würde digitale Konsultationen ausschließlich für den Cannabisbereich faktisch verhindern und damit den gesetzlichen Digitalisierungszielen entgegenstehen. – Zahlreiche Studien belegen, dass die Qualität vieler telemedizinischer Beratungsgespräche mindestens gleichwertig ist, solange es um Verlaufskontrollen und Verlängerungen bekannter Verordnungen geht. **5. Mangel an erfahrenen Ärzt:innen für Cannabisbasierte Therapien** – Eine Begleitung von Patient:innen durch Ärzt:innen, die Erfahrung mit Cannabisbasierten Therapien vorweisen können, ist sehr wichtig. – Eine Videokonferenz mit einem entsprechenden Arzt kann hierbei einen großen Mehrwert bieten. – Teils fehlt die Bereitschaft in der Ärzteschaft, sich mit der Verschreibung von Cannabinoiden auseinanderzusetzen. – Ein weiterer Grund für den Mangel an erfahrenen Ärzt:innen ist, dass Cannabisbasierte Therapien in der Regel nicht Teil der ärztlichen Ausbildung sind. **6. Erhöhter bürokratischer und wirtschaftlicher Aufwand** – Für Praxen steigt der Aufwand durch häufigere persönliche Termine und Dokumentationspflichten. – Terminvergaben werden knapper, Wartezeiten bei hausärztlichen Praxen verlängern sich, was auch andere Patientinnen und Patient:innen trifft. – Medizinisches Personal kann weniger Zeit für komplexere Behandlungen aufwenden, da Ressourcen in Routine-Kontrollen gebunden sind. – Für die Krankenkassen können zusätzliche Kosten durch Praxisbesuche von Patient:innen entstehen, sofern eine persönliche Konsultation mindestens	

	einmal im Jahr verpflichtend wäre. **7. Fehlende medizinische Begründung für die persönliche Anwesenheit** – Es gibt keine Evidenz, dass gerade für die Verlängerung etablierter Cannabistherapien eine persönliche Untersuchung zwingend nötig ist – wichtige Parameter (Schmerzniveau, Nebenwirkungen etc.) können auch per Video erfasst werden. – In anderen Bereichen (z. B. Psychotherapie, Nachsorge) hat sich Telemonitoring als sicher und effektiv erwiesen. Hierbei verweisen wir erneut auf das MBO-Ä § 7 Abs 4 , nachdem die Fernverschreibung zulässig ist, wenn sie ärztlich verantwortet und medizinisch vertretbar ist. – Durch die Herausnahme von Cannabis aus dem BtmG findet eine geänderte Risikobewertung statt, der auch in diesem Gesetzentwurf Rechnung zu tragen wäre. – Bei einem vergleichsweise harmlosen Medikament (bezüglich Neben-/Wechselwirkungen) kann die Sonderregelung nicht medizinisch begründet werden. – Auch Arzneimittel mit Missbrauchs- und Nebenwirkungspotenzial – z. B. Fentanyl-Pflaster, Medikinet (Methylphenidat), Benzodiazepine – sind nicht pauschal von der Telemedizin oder dem Versandhandel ausgeschlossen. – Denkbar wäre die Einführung eines verpflichtenden Videotelefonats für die Erstverschreibung, wie sie noch üblich war, als Cannabis noch unter das BtmG fiel. **8. Vorschlag steht im Widerspruch mit dem Patientenwunsch nach niedrigschwelliger Versorgung** – Gerade chronisch kranke Patient:innen fordern zunehmend flexible, digital gestützte Betreuung, um Belastungen durch wiederholte Anfahrten zu vermeiden. – Ein derart rigides Präsenzgebot ignoriert die Bedürfnisse und Lebensrealitäten vieler Betroffener. **9. Gefahr von Versorgungsunterbrechungen** – Können Patient:innen nicht rechtzeitig einen der geforderten Termine	

	wahrnehmen, droht ein lückenhafter Zugang zu ihrer Therapie. Gerade bei chronischen Erkrankungen wie anhaltenden Schmerzen, Spastik, Tumorerkrankungen, während einer Chemotherapie, in der Palliativversorgung sowie bei Epilepsie kann es zu akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustands kommen. – Insbesondere bei Folgeverschreibungen, die oft nur eine geringe Dosissteigerung oder Fortführung betreffen, ist das Risiko einer „Medikationslücke“ hoch. **10. Ausweichen auf den Schwarzmarkt** – Durch die durch den Referentenentwurf geplanten Hürden für die Verschreibung von Medizinalcannabis ist eine Ausweichbewegung auf den Schwarzmarkt zu erwarten. Laut einem Umfrageergebnis vom Juli 2025 würden sich bei einem Verbot von Telemedizinplattformen 42 % aller befragten Medizinalcannabispatient:innen[17] wieder dem illegalen Markt zuwenden. – Für viele Patient:innen mit weniger schwerwiegenden Erkrankungen bietet die Telemedizin erstmals eine legale, kontrollierte und qualitätsgesicherte Möglichkeit Cannabis zu erwerben. – Viele Menschen mit entsprechenden Beschwerden therapierten diese seit Jahrzehnten mit Cannabis aus illegalen Quellen. – Der Schwarzmarkt bietet dann einfachere Zugänge zu Cannabis (inkl. Lieferung), verbunden mit zusätzlichen Gefahren wie Verunreinigungen etc. **11. Patientendefinition** – Es ist aus Sicht des BvCW nicht zutreffend und bisher auch nicht belegt, dass Personen, die Cannabis via Telemedizin erhalten, mehrheitlich keine medizinische Indikation hätten. Dies wäre gemäß § 25 Abs. 1 Nr. 1 MedCanG eine Straftat, die mit 3 Jahren Freiheitsstrafe oder Geldstrafe belegt ist.[18]	

[17] https://blog.bloomwell.de/cannabis-barometer-patienten-warnen

[18] § 25 Strafvorschriften
(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer

	– Die Definition des “Missbrauchs” ist zudem nicht evidenzbasiert. Viel mehr sollte hier auf die Einschätzung der/des behandelnden Ärztin/Arztes vertraut und die Möglichkeit eines persönlichen Kontakts mittel Videosprechstunde geschaffen werden. **12. Negativbeispiel Polen** – In Polen wurde im November 2024 die Fernverordnung von Medizinalcannabis verboten. Patientenverbände berichteten über Versorgungsprobleme, insbesondere in ländlichen Regionen und bei mobilitätseingeschränkten Personen. Digitale Versorgungsstrukturen brachen weitgehend weg. – Dieses Beispiel zeigt: Pauschale Verbote führen nicht zu mehr Kontrolle, sondern gefährden die Versorgungssicherheit. **13. Anamnesebögen zur Vorprüfung sinnvoll** – Es ist für den BvCW nachvollziehbar, dass das BMG fürchtet, dass Telemedizinplattformen unter ausschließlicher Verwendung von Fragebögen zur Erstanamnese für nicht-medizinischen Cannabisbezug missbraucht werden können. – Unbestritten ist es jedoch, dass Anamnesefragebögen ein wichtiges Kriterium jeder ärztlichen Versorgung darstellen. Diese Diagnose ist für Ärzt:innen sehr hilfreich und ein Teil von Therapieentscheidungen. Es sollte hier im Sinne der Therapiehoheit im Ermessen der Ärzt:innen liegen, welche weiteren Konsultationen notwendig sind oder entfallen können. – Strukturierte und nachvollziehbare Dokumentation durch digital gestützte Erhebung von Anamnesedaten kann grundsätzlich eine überprüfbare Entscheidungsgrundlage basierend auf Kontraindikationen, Vorerkrankungen und Begleitmedikation ermöglichen sowie auch automatisiert Warnhinweise	

1.unrichtige oder unvollständige Angaben macht, um für sich oder einen anderen eine ärztliche Verschreibung von Cannabis zu medizinischen Zwecken zu erlangen

	auslösen. – Eine Vorstrukturierung der Patienteninformation vereinfacht zusätzlich das Arzt-Patienten-Gespräch und entlastet damit Praxisteams in Zeiten von Ärztemangel und Stoßzeiten.	
b) In Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Für die in § 2 Nummer 1 genannten Blüten ist ein Inverkehrbringen im Wege des Versandes nach § 43 Absatz 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes nicht zulässig.“	Ein Versandverbot würde den Zugang zur Therapie unnötig erschweren, Kosten und Bürokratie erhöhen und unerwünschte Nebeneffekte (Versorgungslücken, Schwarzmarkt) begünstigen. Zudem ist die Regelung unseres Erachtens rechtlich unzulässig. Vielmehr sollten Versorgungswege optimiert und kontrolliert werden, statt sie pauschal einzuschränken. § 11a ApoG regelt hierbei klar und umfassend die Anforderungen für Apotheken, die eine Versandlizenz besitzen. Dies bietet umfangreiche Kontrollmöglichkeiten für die zuständigen Behörden. Eine Sonderregelung für Cannabis führt hierbei zu einer Ungleichbehandlung mit anderen verschreibungspflichtigen Medikamenten, mit zum Teil höheren Risikoprofilen. <u>Im Einzelnen machen wir bezüglich der genannten Passage folgende Einwände geltend:</u> 1. **Erschwerter Zugang für mobilitätseingeschränkte Menschen** – Viele Patient:innen — insbesondere Senioren, Menschen mit chronischen Schmerzen oder Behinderungen — sind nicht ohne weiteres in der Lage, regelmäßig in die Apotheke zu kommen. Ein Versandverbot würde sie zwingen, aufwändigere und teils unmögliche Wege auf sich zu nehmen. 2. **Versorgungsengpässe in ländlichen Gebieten** – In dünn besiedelten Regionen gibt es oft nur wenige Apotheken mit Spezialisierung auf Medizinalcannabis. Versandapotheken sorgen dafür, dass Patient:innen flächendeckend beliefert werden können, ohne weite Wege oder lange Wartezeiten.[19]	**Vorschlag für neue Gesetzesformulierung:** Streichung

[19] https://www.pressebox.de/pressemitteilung/aporisk-gmbh/Schrumpfende-Apothekenlandschaft-lndliche-Versorgungslcken-dringend-notwendige-Reformen/boxid/1256052

	3. Unverhältnismäßige Einschränkung der Warenverkehrsfreiheit – Die Warenverkehrsfreiheit gilt auch unabhängig davon, ob aktuell bereits tatsächlich grenzüberschreitend gehandelt wird oder nicht. Ein Versandverbot stellt daher eine Handelsbarriere dar und verzerrt den Wettbewerb im Binnenmarkt, weil Apotheken im EU-Ausland ein potenzieller Marktzugang erschwert wird. – Das Ziel der Verbesserung des Gesundheitsschutzes würde durch ein Versandverbot aktiv unterwandert werden. Es wäre weder zielführend, da Patient:innen der medizinische Zugang erschwert und sie wieder den Gefahren des Schwarzmarktes ausgesetzt würden, noch wäre es notwendig, da weniger restriktive Maßnahmen - beispielsweise Konsultation per Video-Sprechstunde - zur Verfügung stünden. Als solches würde ein Versandverbot über sein Ziel hinausgehen und ein ungerechtfertigtes Handelshemmnis darstellen. **4. Kontinuität der Therapie** – Ein Versandverbot würde die Gefahr von Lücken in der Medikation erhöhen, wenn Patient:innen Termine nicht wahrnehmen können oder bei kurzfristigen Lieferschwierigkeiten auf die nächste Apotheke angewiesen sind. Gerade bei stabil eingestellten Chronikern kann jede Unterbrechung zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen. **5. Erhöhter bürokratischer und logistischer Aufwand für Praxen und Apotheken** – Jede persönliche Abholung erfordert mehr Personal-, Zeit- und Dokumentationsaufwand. Das bindet Ressourcen, die andernfalls in Beratung und Versorgung investiert werden könnten. **6. Investitions- und Planungssicherheit gefährdet** – Investitionen in Höhe von mehreren Millionen Euro sind von Unternehmen im Vertrauen auf den Bestand politischer und gesetzgeberischer Entscheidungen getroffen worden. Diese sind nun akut in Gefahr und erschüttern das Vertrauen in gesetzgeberische Entscheidungen und damit in	

	die Demokratie. **7. Drohender Wegfall von Arbeitsplätzen gefährdet Pharmastandorte** – Cannabis-Versandapotheken und die Cannabiswirtschaft haben viele innovative Arbeitsplätze in Deutschland geschaffen, mit einem Schwerpunkt in den östlichen Bundesländern. – Sie zählen in einigen Regionen zu den größten Arbeitgebern. Ein Verbot würde zu einem Wegfall dieser Arbeitsplätze führen. **8. Kostensteigerung für Patient:innen** – Fahrtkosten und Zeitaufwand für wiederholte Apothekengänge schlagen sich direkt in den Ausgaben der Versicherten nieder. Viele Betroffene müssen bereits heute für Fahrdienste oder Begleitpersonen bezahlen. **9. Schwarzmarkt- und Missbrauchsrisiko** – Ein offizielles Versandverbot könnte ungewollt den illegalen Handel befeuern, da Patient:innen mitunter auf nicht verlässliche Quellen ausweichen, um ihre Therapie fortzuführen. Dies erhöht das Risiko von Nebenwirkungen und Folgeerkrankungen aufgrund von unkontrollierter Qualität und Dosierung. – Hierbei sei auf die Problem- und Zielbeschreibung für das Cannabisgesetz verwiesen, wonach Kinder-, Jugend- und Gesundheitsschutz sowie die Zurückdrängung des Schwarzmarktes treibende Ziele sind.[20] **10. Vorteile der Digitalisierung werden nicht ausgeschöpft** – Der Versand ergänzt digitale Betreuungskonzepte: Nach telemedizinischer Konsultation und Rezept-Versand kann die Apotheke direkt liefern. Ein Verbot würde diesen modernen Versorgungsweg zurückwerfen.	

[20] https://dserver.bundestag.de/btd/20/087/2008704.pdf
Das Gesetz zielt darauf ab, zu einem verbesserten Gesundheitsschutz beizutragen, die cannabisbezogene Aufklärung und Prävention zu stärken, den illegalen Markt für Cannabis einzudämmen sowie den Kinder- und Jugendschutz zu stärken. Zum Schutz von Konsumentinnen und Konsumenten soll die Qualität von Konsumcannabis kontrolliert und die Weitergabe verunreinigter Substanzen verhindert werden.

	11. Forschung zu Medizinalcannabis braucht Verlässlichkeit – Da es bislang nur wenig staatlich finanzierte Forschung zu Therapiemöglichkeiten mit Medizinalcannabis gibt, hat sich die Branche hier als Motor entwickelt und Forschungsprojekte finanziert. Dies könnte künftig nicht mehr fortgeführt werden und die sich gerade entwickelnde Cannabis-Forschung würde jäh gestoppt werden. – Ein Gesetz, das mit dem Anspruch auf Patientensicherheit formuliert wird, darf nicht die wissenschaftliche Aufklärung behindern. Es bedarf somit konkreter Förderungsmöglichkeiten, um initiierte Forschungsprojekte auch finanziell zu unterstützen. **12. Langfristig kontraproduktiv für die Gesundheits- und Forschungspolitik** – Der Gesetzgeber betont immer wieder, es fehle an Evidenz zur therapeutischen Wirksamkeit von Medizinalcannabis. Gleichzeitig erschwert der Referentenentwurf faktisch den Zugang für Patient:innen und damit auch die systematische Datenerhebung im Versorgungsalltag, den Erkenntnisgewinn durch Beobachtungs- und Registerdaten sowie Anwendungsforschung durch Apotheken und Ärzt:innen im Rahmen von real-world Evidenz.	
2. § 25 Absatz 1 Nummer 2 wird wie folgt ersetzt: 2.„ entgegen § 3 Absatz 1 Cannabis zu medizinischen Zwecken verschreibt, entgegen § 3 Absatz 2 Satz 1 Cannabis zu medizinischen Zwecken ohne ärztliche Verschreibung abgibt oder entgegen § 3 Absatz 2 Satz 2	Statt einer pauschalen Straffestschreibung wäre eine gezieltere Normierung ratsam, die ● nur vorsätzliches oder gewerbsmäßiges Fehlverhalten erfasst, ● klar zwischen formalen und materiellen Verstößen unterscheidet und ● den legalen Versand (§ 3 Abs. 2) ausdrücklich ausnimmt. So bliebe die Versorgungssicherheit erhalten, während echte Missbrauchsfälle wirksam bekämpft werden.	**Vorschlag für neue Gesetzesformulierung:** Streichung

die in § 2 Nummer 1 genannten Blüten im Wege des Versandes in Verkehr bringt oder entgegen § 3 Absatz 1 oder Absatz 3 Cannabis zu medizinischen Zwecken oder Cannabis zu medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlässt,“.	Im Einzelnen machen wir bezüglich der genannten Passage folgende Einwände geltend: **1. Übermäßige Ausweitung der Strafnorm** – Die Neufassung fasst neben dem unautorisierten Verschreiben nun auch das unautorisierte „Versenden“, „Abgeben ohne Verschreibung“ und sogar das „Verabreichen“ bzw. „Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch“ strafbewehrt zusammen. Dadurch entsteht eine pauschale Haftungsfalle, die sowohl Ärzt:innen, Apotheker:innen als auch Logistikdienstleister in unverhältnismäßiger Weise trifft. – Bereits geringfügige Verstöße (z. B. ein Versandetikett vergessen) könnten als Straftat verfolgt werden. – Eine differenzierte Unterscheidung zwischen vorsätzlichem Handel und rein formellen Fehlern entfällt weitgehend. **2. Hemmschuh für Telemedizin und Versandversorgung** – Einer der Schwerpunkte des MedCanG war, Patient:innen auch per Versand sicher und diskret zu versorgen. Die neue Formulierung kriminalisiert den Versand generell als Straftat, selbst wenn er ansonsten nach § 3 Abs. 2 zulässig wäre. – Telemedizinische Rezepte könnten nicht mehr zuverlässig umgesetzt werden, da jede Paketzustellung unter Strafandrohung steht. – Auf dem Land oder in strukturschwachen Regionen, wo Versandapotheken essentiell sind, drohen massive Versorgungsengpässe. **3. Rechtsunsicherheit durch unklare Begrifflichkeit** – Begriffe wie „Verabreichen“ oder „Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch“ sind nicht hinreichend abgegrenzt. – Apotheken und Ärzt:innen müssten im Zweifel jeden Schritt juristisch prüfen – was Zeit und Geld kostet und im Ernstfall Medikamenten-Lieferungen verzögert. **4. Disproportionalität der Sanktionen** – § 25 sieht eine Freiheits- oder Geldstrafe vor. Die verschärfte Norm kann	

	bereits bei einem formalen Verstoß – ohne jede Gesundheitsgefährdung – zum Strafverfahren führen. – Disziplinarverfahren gegen Heilberufler und der Verlust der Approbation drohen auch bei Bagatellfehlern. – Das steht im krassen Missverhältnis zu anderen Arzneimittel-Verstößen, bei denen eine solche Sanktionierung nicht vorgesehen ist. **5. Einschränkung medizinisch-wissenschaftlicher Forschung** – Die Erweiterung auf „Cannabis zu medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken“ unter Strafe zu stellen, gefährdet Studien, in denen Cannabisblüten etwa im Rahmen klinischer Prüfungen eingesetzt oder probeweise ausgegeben werden. – Forschungsinstitute und Universitätskliniken könnten sensibler gegenüber Regulierungsrisiken werden und deshalb Studien abbrechen oder ganz unterlassen. – Der medizinische Fortschritt – insbesondere bei neuen Indikationen – würde ausgebremst.	