

cannabis medizi *Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.*

Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin
Bahnhofsallee 9
32832 Steinheim
Tel.: 05233-9537246
Email: info@arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de

10. Januar 2026

Stellungnahme der ACM e.V.

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung – BT-Drs. 21/3061

(Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes: Telemedizin und Versandhandel)

Vorbemerkungen zur Ausgangslage

Zweifelsohne konnten durch die Teillegalisierung und Entkriminalisierung von Cannabis infolge des CanG zuvor bestehende Missstände auch und insbesondere für Patientinnen und Patienten verringert werden, etwa die soziale Schieflage, welche wegen der häufigen Ablehnung der Kostenübernahme und der Zurückhaltung von Ärztinnen und Ärzten in der Verordnung Cannabis-basierter Medikamente zu Lasten der GKV weniger vermögende Patientinnen und Patienten eindeutig benachteiligt im Hinblick auf eine Behandlung mit Cannabis-basierten Medikamenten. Auch wenn die medizinische Unterversorgung der Bevölkerung in Deutschland mit Cannabis-basierten Medikamenten verringert werden konnte, so besteht nach aktuellen Schätzungen - basierend auf Zahlen aus anderen Ländern wie Israel - jedoch nach wie vor eine Unterversorgung mit Cannabis-basierten Arzneimitteln, da angenommen wird, dass mindestens 1 - 2 % der Bevölkerung entwickelter Industrienationen eine Therapie mit cannabisbasierten Medikamenten benötigen, entsprechend etwa 0,8 bis 1,6 Millionen Bundesbürgern. Auch wenn grundsätzlich eine telemedizinische Versorgung der Bevölkerung allseits begrüßt und gewünscht wird, so waren doch viele überrascht, dass mit Inkrafttreten des MedCanG - in Kombination mit der Neufassung des § 7 Abs. 4 der (Muster-)Berufsordnung für in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) im Jahr 2018 – eine Situation eintrat, die durch das CanG sicherlich nicht beabsichtigt war: die Zahl der Privatverordnungen für Medizinalcannabisblüten schnellte in die Höhe und es ist

mittlerweile unstrittig, dass Freizeitkonsumierende durch das simple Ausfüllen eines online-Fragebogens auf einer Telemedizinplattform und die Versendung von Cannabisblüten über Versandapotheken eine neue Bezugsquelle identifiziert haben, da es der Gesetzgeber mit Inkrafttreten des CanG durch die ausschließliche Legalisierung des Eigenanbaus und die Erlaubnis von Anbauvereinigungen versäumt hat, praktikable und ausreichende legale Zugangswege für Freizeitkonsumierende zu schaffen. Da das Preisniveau von Medizinalcannabisblüten - trotz sehr viel höherer Qualitätsstandards - gegenüber illegal auf dem Schwarzmarkt erworbenen Cannabisblüten sehr häufig niedriger ist, wird der Kauf von Cannabisblüten über Telemedizinplattformen weiter angekurbelt.

Die ACM begrüßt es grundsätzlich, dass der Gesetzgeber weiterhin eine klare Trennung von medizinischer Verordnung bzw. Bezug von Cannabisarzneimitteln einerseits und dem Erwerb von Cannabis zu Genusszwecken andererseits anstrebt. Die ACM hat aber große Sorge, dass der Gesetzentwurf gleichzeitig- und zu bereits überwunden geglaubten - Einschränkungen in der Versorgung und zu unangemessenen Benachteiligungen von Cannabispatienten führt. Es ist unstrittig, dass die telemedizinischen Angebote aktuell nicht nur von Freizeitkonsumierenden, sondern auch von Patientinnen und Patienten genutzt werden. Zu dieser – meist nicht selbst gewählten und ärztlicherseits nicht favorisierten – Form der Selbsttherapie sehen sich dennoch viele Patientinnen und Patienten gezwungen, weil sie entweder überhaupt keinen Arzt bzw. keine Ärztin finden, die bereit ist, eine (privatärztliche) Verordnung von Cannabisarzneimitteln vorzunehmen oder weil sie keine Kostenübernahmezusage für eine cannabisbasierte Therapie von ihrer gesetzlichen Krankenkasse erhalten.

Kernaussagen zum Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf (BT-Drs. 21/3061) präsentiert sich als Maßnahme zur Stärkung von Patientensicherheit und Beratung. Tatsächlich handelt es sich um ein Doppelverbot, das zwei zentrale Zugangswege gleichzeitig kappt bzw. reduziert: die telemedizinische ärztliche Versorgung und den Versand von Cannabisblüten durch Apotheken. Zusammen führen diese Eingriffe nicht zu besserer Betreuung, sondern zu schlechterer Versorgung.

Besonders augenfällig ist dies beim Versandverbot für Cannabisblüten. Der Gesetzgeber behauptet, durch die Abgabe vor Ort solle eine intensivere Beratung durch Apothekerinnen und Apotheker gewährleistet werden. Gleichzeitig stellt er fest, dass für Apotheken aus dem Versandverbot kein laufender Mehraufwand entsteht. Beides zugleich kann nicht zutreffen.

Denn wenn Apotheken künftig tatsächlich mehr oder intensiver beraten sollen, müsste dies Zeit kosten, Personal binden und organisatorische Ressourcen beanspruchen – also zu einem dauerhaften Mehraufwand führen. Dass ein solcher Aufwand ausdrücklich verneint wird, entlarvt die Beratungsbegründung als reine Rhetorik. Das Versandverbot ändert nicht die Beratung, sondern lediglich den Vertriebsweg.

Die Beratungsargumentation dient eher der Rechtfertigung des Versandverbots als der tatsächlichen Stärkung pharmazeutischer Beratung. Der entstehende Mehraufwand wird von den Apotheken auf die Patientinnen und Patienten verlagert – und anschließend politisch negiert.

Der reale Mehraufwand entsteht an anderer Stelle: bei den Patientinnen und Patienten. Wer Cannabisblüten nicht mehr per Versand erhalten kann, muss sie persönlich in der Apotheke abholen – unabhängig von Mobilität, Wohnort oder Gesundheitszustand. Für viele mag dies ein überschaubarer Aufwand sein, für schwerkranke oder mobilitätseingeschränkte Menschen ist er erheblich. Dieser Aufwand wird politisch schlicht für nicht existent erklärt.

Parallel dazu wird die Telemedizin beschnitten. Auch hier arbeitet der Gesetzentwurf mit Pauschalannahmen: Cannabis sei besonders beratungsbedürftig, daher müsse der Arzt-Patienten-Kontakt regelmäßig in Präsenz stattfinden. Dass ärztliches Berufsrecht bereits heute verlangt, persönlich zu untersuchen, wenn dies medizinisch erforderlich ist, bleibt unberücksichtigt. Stattdessen wird eine starre Präsenzfrequenz gesetzlich festgeschrieben – unabhängig vom Einzelfall. Wir sind der Auffassung, dass eine Therapie im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt häufig, wenn nicht meistens besser ist als eine reine telemedizinische Behandlung. Da es in Deutschland jedoch nicht ausreichend Ärztinnen und Ärzte gibt, die cannabisbasierte Medikamente verschreiben, führt diese Einschränkung zu einer Verknappung der ärztlichen Versorgung mit Cannabis und Cannabinoiden und damit letztlich doch zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

I. Gegenstand der Stellungnahme

1. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 21/3061) sieht zwei zentrale Eingriffe in die Versorgung mit Medizinalcannabis vor:
 - a) Die Einleitung einer Therapie mit Cannabisarzneimitteln soll nur noch nach persönlicher Vorstellung und Untersuchung in der Arztpraxis oder im Rahmen eines Hausbesuchs zulässig sein. Eine ausschließliche telemedizinische Erstbehandlung wird ausgeschlossen.
 - b) Folgeverordnungen sollen telemedizinisch nur dann zulässig sein, wenn innerhalb der letzten vier Quartale mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Zusammenhang mit der Cannabistherapie stattgefunden hat.
 - c) Zusätzlich soll das Inverkehrbringen von Cannabisblüten im Wege des Versandes durch Apotheken an Endverbraucherinnen und Endverbraucher vollständig untersagt werden.
2. Beide Maßnahmen werden mit Patientensicherheit, Missbrauchsvermeidung sowie dem Ziel einer intensiveren ärztlichen und pharmazeutischen Betreuung begründet. Gleichzeitig führt der Gesetzgeber in der Gesetzesfolgenabschätzung aus, dass für Apotheken kein laufender Erfüllungsaufwand, für Bürgerinnen und Bürger kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand entstehe und keine Auswirkungen auf Einzelpreise oder das Verbraucherpreisniveau zu erwarten seien.

3. Diese Stellungnahme richtet sich nicht gegen Telemedizin als solche und stellt auch nicht die Notwendigkeit persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte in medizinisch geeigneten Fällen infrage. Kritisiert wird vielmehr die pauschale, starre und kumulative Ausgestaltung der vorgesehenen Einschränkungen sowie deren inkonsistente Begründung.

II. Grundsätzliche Bewertung: Einführung eines sachlich nicht gerechtfertigten „Lex Cannabis“

4. Der Gesetzentwurf etabliert für Cannabisarzneimittel ein weiteres Sonderregime, das von den allgemeinen ärztlichen und pharmazeutischen Berufspflichten abweicht. Dies bedarf einer besonderen, belastbaren Rechtfertigung.
5. Bereits nach geltendem Recht sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet,
 - eine körperliche Untersuchung durchzuführen, wenn diese medizinisch erforderlich ist,
 - Fernbehandlungen nur dann durchzuführen, wenn sie ärztlich vertretbar sind,
 - Indikation, Anamnese, Aufklärung und Verlauf sorgfältig zu dokumentieren.
6. Auch Apotheken unterliegen bereits heute umfassenden Beratungs- und Prüfpflichten, einschließlich der Pflicht, eine Abgabe zu verweigern, wenn eine ordnungsgemäße Beratung oder sichere Anwendung nicht gewährleistet ist.
7. Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, warum es eines cannabispezifischen Sonderrechts bedarf, das pauschal von einer höheren Gefährlichkeit oder geringeren Kontrollierbarkeit von insbesondere Cannabisblüten ausgeht, ohne dies evidenzbasiert zu belegen.

III. Einschränkung der Telemedizin: fehlende Einzelfallgerechtigkeit

8. Der Gesetzentwurf unterstellt implizit einen dauerhaft erhöhten Beratungs- und Untersuchungsbedarf bei Cannabistherapien und normiert hierfür eine starre Präsenzfrequenz.
9. Diese Pauschalannahme ist medizinisch nicht tragfähig. Der tatsächliche Bedarf an persönlicher Vorstellung hängt vom Einzelfall ab (Indikation, Komorbiditäten, Stabilität der Therapie, Erfahrung der Patientin bzw. des Patienten).
10. Eine gesetzlich fixierte Mindestfrequenz persönlicher Kontakte ersetzt die ärztliche Einzelfallentscheidung durch eine formale Regel, ohne dass der zusätzliche medizinische Nutzen belegt wird.

IV. Versandverbot von Cannabisblüten: vorgeschobene Beratungsargumentation

11. Das im Gesetzentwurf vorgesehene Versandverbot für Cannabisblüten wird unter anderem mit dem Ziel begründet, eine intensivere persönliche Beratung der Patientinnen und Patienten durch Apotheken sicherzustellen.

12. Gleichzeitig stellt der Gesetzgeber in der Gesetzesfolgenabschätzung ausdrücklich fest, dass für Apotheken aus dem Versandverbot kein laufender Erfüllungsaufwand entstehe, sondern lediglich ein einmaliger, nicht bezifferbarer Umstellungsaufwand.
13. Diese beiden Aussagen sind nicht miteinander vereinbar.
- Eine tatsächliche Intensivierung der Beratung würde zwangsläufig zu einem dauerhaften Mehraufwand für Apotheken führen – etwa durch längere Beratungsgespräche, zusätzlichen Personaleinsatz oder veränderte Abläufe im laufenden Betrieb. Ein solcher Aufwand wird jedoch ausdrücklich verneint.
14. Daraus folgt zwingend, dass das Versandverbot keine tatsächliche Ausweitung oder Stärkung pharmazeutischer Beratung bewirkt oder bewirken soll. Die behauptete Beratungsintensivierung bleibt rechtlich folgenlos:
- Es werden keine neuen Beratungspflichten normiert,
 - keine Mindeststandards definiert,
 - keine zusätzlichen Dokumentations- oder Zeitvorgaben eingeführt.
15. Das Versandverbot ändert damit nicht die Beratung, sondern ausschließlich die Vertriebsform. Die Beratungsargumentation dient erkennbar nicht als tragfähiges Regelungsziel, sondern als legitimatorisches Argument zur Rechtfertigung eines politisch gewollten Versandverbots.
16. Gleichzeitig werden die realen Folgen dieses Verbots – zusätzlicher Zeit-, Wege- und Kostenaufwand für Patientinnen und Patienten, insbesondere im ländlichen Raum und bei mobilitäts eingeschränkten Personen – in der Gesetzesfolgenabschätzung systematisch ausgeblendet.

V. Kumulative Wirkung beider Maßnahmen

17. Besonders problematisch ist die Kombination beider Regelungskomplexe:
- Der Zugang zur ärztlichen Verordnung wird durch Präsenzplichten eingeschränkt und weiter verknüpft.
 - Der Zugang zur Arzneimittelabgabe wird durch das Versandverbot zusätzlich verengt.
18. Diese kumulative Wirkung trifft insbesondere schwer und chronisch erkrankte Menschen, die häufig in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und auf spezialisierte Versorgungsstrukturen angewiesen sind.
19. Vor diesem Hintergrund ist die Annahme des Gesetzgebers, für Bürgerinnen und Bürger entstehe kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand und keine Kostenbelastung, nicht plausibel. Der Mehraufwand wird nicht vermieden, sondern von den Apotheken auf die Patientinnen und Patienten verlagert – und anschließend in der Begründung negiert.

VI. Verfassungsrechtliche Kurzbewertung

20. Die vorgesehenen Regelungen greifen in die Berufsausübungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte (Art. 12 GG) sowie mittelbar in die Rechte der Patientinnen und Patienten auf Zugang zu medizinischer Versorgung (Art. 2 Abs. 1 GG) ein.
21. Zweifel bestehen insbesondere hinsichtlich der Erforderlichkeit und Angemessenheit, da mildere, einzelfallgerechte Mittel zur Verfügung stehen und die Belastungen für bestimmte Patientengruppen erheblich sind.

VI. Medizinische Verwendung von Cannabis und Freizeitkonsum

22. Einige Probleme im Zusammenhang mit der medizinischen Verwendung von Cannabis beruhen auf Einflüssen durch Regelungen zum Freizeitkonsum. Eine gute Regulierung des Zugangs zu Cannabis für Freizeitkonsumenten würde einige negative Einflüsse reduzieren. Die rechtliche Trennung von Freizeitkonsum und therapeutischer Nutzung ist eine Voraussetzung für gute, allgemein akzeptierte Regelungen.
23. Gleichzeitig ist es wichtig, daran zu arbeiten, dass Patientinnen und Patienten ausreichend Ärztinnen und Ärzte finden, die bereit sind eine persönliche Cannabistherapie mit Ihnen durchzuführen, sodass Sie nicht gezwungen sind, auf minderwertige Angebote im Bereich Telemedizin zurückzugreifen, die sie normalerweise vermeiden würden.

VII. Schlussfolgerung

24. Der Gesetzentwurf führt durch die Einschränkung der Telemedizin und das Versandverbot für Cannabisblüten zu einer strukturellen Verschlechterung der Versorgung mit Medizinalcannabis.
25. Das Versandverbot ist nicht tragfähig mit einer angeblichen Stärkung der pharmazeutischen Beratung zu begründen, wenn gleichzeitig festgestellt wird, dass für Apotheken keinerlei zusätzlicher Aufwand entsteht.
26. Die Beratungsargumentation dient damit eher der Rechtfertigung des Versandverbots als der tatsächlichen Stärkung pharmazeutischer Beratung – und sowohl der Aufwand als auch die Kostenbelastung für Bürgerinnen und Bürger werden systematisch ausgeblendet.
27. Eine sachgerechte Regulierung sollte stattdessen auf Einzelfallgerechtigkeit, qualitätsgesicherte Telemedizin und eine versorgungssichernde Arzneimittelabgabe setzen, statt pauschale Verbote mit widersprüchlicher Begründung zu normieren.

Unsere Bitte an den Deutschen Bundestag

Die ACM bittet die Mitglieder des Deutschen Bundestags zu berücksichtigen, dass sich durch den geplanten Gesetzentwurf – sicherlich unbeabsichtigt – die medizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung mit Cannabisarzneimitteln wahrscheinlich verschlechtern wird.

- 1) Die durch das Inkrafttreten des MedCanG abgeminderte Unterversorgung der deutschen Bevölkerung mit Cannabisarzneimitteln wird wieder deutlich zunehmen, da die gesetzlichen Krankenkassen weiterhin bzw. in zunehmender Zahl Kostenübernahmeanträge für eine Verordnung von Cannabisarzneimitteln ablehnen. Generell ist hervorzuheben, dass nur wenige Ärztinnen und Ärzte Cannabisarzneimittel verschreiben - sei es aus Unkenntnis, aus Sorge vor Regressen oder wegen einer generellen Ablehnung gegenüber dieser Behandlungsform. Deshalb bedarf es auch zukünftig der Option telemedizinischer Verschreibungen, um eine flächendeckende Versorgung – insbesondere in strukturschwächeren Regionen – zu gewährleisten, sofern gültige Qualitätsstandards eingehalten werden.
- 2) Ein pauschales Verbot des Inverkehrbringens von Medizinalcannabisblüten auf dem Wege des Versandes würde gleichzeitig dazu führen, dass eine große Zahl von schwerkranken Patientinnen und Patienten keinen Zugang mehr zu Medizinalcannabisblüten hat, unabhängig davon, ob die Verordnung privatärztlich oder zu Lasten der GKV erfolgt. Nach Informationen des Verbandes der Cannabis versorgenden Apotheken e.V. (VCA) beteiligen sich nur ca. 14% aller Apotheken in Deutschland an der Versorgung mit Cannabisarzneimitteln. Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass im Falle eines solchen Verbots die Rezepteinlösung für Medizinalcannabisblüten insbesondere auf dem Lande und außerhalb von Ballungsräumen häufig mit langen Anfahrtswegen verbunden wäre. Dies wiederum würde gleichermaßen Patientinnen und Patienten mit privatärztlicher Verordnung als auch mit Kassenrezept treffen. Bedenkt man, dass die Kosten für Cannabisarzneimittel nach § 31 Absatz 6 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) ausschließlich für Versicherte mit „schwerwiegenden Erkrankungen“ übernommen werden, so ergibt sich durch ein vollständiges Verbot des Versandes von Medizinalcannabisblüten gerade für eine Personengruppe, die häufig wegen der Erkrankung erheblich mobilitätseingeschränkt ist, eine unzumutbare Härte.

Nach Überzeugung der ACM sollten Regelungen zu Cannabisarzneimitteln – inklusive der Verordnung und dem Zugang zu Medizinalcannabisblüten - primär die Belange und Interessen von Patientinnen und Patienten im Fokus haben, die stets den Interessen von Freizeitkonsumierenden übergeordnet sein sollten.

Im Namen der ACM



Dr. Franz-Josef „Franjo“ Grotenhermen

Vorstandsvorsitzender