



Stellungnahme zum Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes

Essen, 12. Januar 2026

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. (BDCan) bedanken wir uns für die Einladung zur öffentlichen Anhörung am 14. Januar 2026 sowie die damit verbundene Möglichkeit, eine Stellungnahme zum **Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes** der Bundesregierung abzugeben.

Wir unterstützen nachdrücklich Ihr Ziel, Medikamentenmissbrauch einzudämmen und künftig wieder sauber zwischen Medizin und Konsumcannabis-Markt zu unterscheiden. Nach unserer Einschätzung bergen die vorgeschlagenen Regelungen zum Teil das Risiko, den Zugang zu Medizinalcannabis für behandlungsbedürftig erkrankte Menschen einzuschränken.

Wichtig ist aus unserer Sicht vor allem, die eigentliche Wurzel der beobachteten Fehlentwicklung anzugehen: Offensive und dauerhafte Werbung an Laien und Verschreibungen ohne persönlichen Kontakt.

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

Zusammenfassung der Kernpunkte:

1. Heilmittelwerberecht effektiv reformieren

- Effektive Durchsetzung des Laienwerbeverbots für verschreibungspflichtige Arzneimittel
- Verschärfung der Sanktionsandrohungen (Geld- und Freiheitsstrafen)
- Ergänzung entsprechender Strafvorschriften im HWG

2. Verbindliche ärztliche Untersuchung und Verschreibung (§ 3 MedCanG) konkretisieren

- Erstverordnung nur nach persönlicher ärztlicher Untersuchung
- Regelmäßige ärztliche Verlaufskontrollen (mindestens jährlich)
- Unterbindung der Umgehung durch Verschreibungen aus dem Ausland
- Einführung klarer Sanktionsregelungen bei Verstößen

3. Balance zwischen Missbrauchsprävention und Patient:innenversorgung gewährleisten

- Zugang zu Medizinalcannabis nicht unnötig erschweren
- Versorgung vulnerabler Patient:innen sicherstellen
- Vermeidung der Rückkehr zu den restriktiven Bedingungen vor dem 1. April 2024 (z. B. Ultima-Ratio-Regel)

4. Kein pauschales Versandverbot für Cannabisblüten

- Gefahr von Versorgungslücken, insbesondere im ländlichen Raum und bei Mobilitätseinschränkungen
- Umgehungsrisiken durch teils hochkonzentrierte Alternativen (z. B. „Live Rosin“ oder „Edibles“)
- Empfehlung: Auflagen statt generellem Versandverbot (z. B. verpflichtende pharmazeutische Beratung)

5. Qualitätsanforderungen und klare Trennung von Medizin und Freizeitkonsum

- Sicherstellung lückenloser Rückverfolgbarkeit der Lieferkette
 - Unterbindung von „GMP-Washing“
 - Neutrale, medizinisch zweckmäßige Produktnamen statt Lifestyle-orientierter Sortenbezeichnungen
-

Wir begrüßen die Eindämmung von Missbrauch als notwendiges Anliegen. Gleichzeitig muss jedoch sichergestellt sein, dass kranke Menschen mit oft seit vielen Jahren bestehenden therapiebedürftigen Indikationen ihre Behandlung zuverlässig erhalten können.

Seit der Herausnahme von Medizinalcannabis (MedCan) aus dem Betäubungsmittelgesetz zum 1. April 2024 hat sich die Versorgungslage für viele Patient:innen deutlich verbessert und bürokratische Hürden für Ärztinnen, Ärzte und Apotheken wurden abgebaut. Diesen Fortschritt gilt es zu bewahren. Der von einzelnen kommerziellen Anbietern offenbar geförderte Medikamentenmissbrauch darf nicht dazu führen, dass Medizinalcannabis zulasten kranker Menschen erneut denselben restriktiven Bedingungen unterworfen wird wie vor dem 1. April 2024.

Bereits Anfang Juli 2025 hat der BDCan gemeinsam mit der Deutschen Medizinal-Cannabis Gesellschaft und dem Verband der Cannabis versorgenden Apotheken konkrete Vorschläge vorgelegt (Anlage 1), wie Versorgungs- und Missbrauchsschutz in Einklang gebracht werden können. Aufbauend darauf nehmen wir im Folgenden zu den zentralen Aspekten des Referentenentwurfs Stellung und unterbreiten – wo möglich – konstruktive Formulierungsvorschläge.

Detaillierte Erläuterung der Kernpunkte:

Zu 1.: Heilmittelwerberecht effektiv reformieren

Ein besonderer Schwerpunkt unserer Stellungnahme betrifft das Heilmittelwerberecht (HWG). Der BDCan sieht dringenden Handlungsbedarf, das in § 10 HWG normierte Laienwerbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel mit schärferen Sanktionsandrohungen zu versehen. Hintergrund ist, dass einige kommerzielle Anbieter in den vergangenen Monaten offenbar massiv – und rechtswidrig – für Cannabisverschreibungen in der Allgemeinbevölkerung geworben haben (etwa über Internetplattformen, per E-Mail, Plakatwerbung, Werbung durch Influencer aus dem Bereich des Freizeitmarktes oder über soziale Medien). Diese Form der Werbung zielt direkt auf Endverbraucher:innen ab und nimmt aus kommerziellen Motiven einen möglichen Medikamentenmissbrauch billigend in Kauf. Es darf sich wirtschaftlich nicht lohnen, gegen das Werbeverbot zu verstoßen. Daher sind Geld- und Freiheitsstrafen so anzuheben, dass jede Kosten-Nutzen-Rechnung für potenzielle Delinquenten eindeutig negativ ausfällt.

Konkret schlägt der BDCan vor, § 14 HWG (Strafvorschriften) um einen neuen Absatz zu ergänzen. Wer vorsätzlich entgegen § 10 Abs. 1 HWG (Verbot der Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel gegenüber Laien) wirbt und dadurch die Gesundheit von Verbraucher:innen aus Gewinnstreben gefährdet, soll mit einer Freiheitsstrafe von mindestens drei Monaten bis zu zwei Jahren sowie mit einer angemessenen Geldstrafe je Werbemaßnahme bestraft werden; zusätzlich soll der durch die Werbung erzielte wirtschaftliche Vorteil zwingend abgeschöpft werden.

Für besonders schwere Fälle – etwa wenn die verbotene Werbung gezielt an besonders schutzbedürftige Personengruppen (z. B. Jugendliche oder schwer Kranke) gerichtet ist, in außergewöhnlich irreführender oder aggressiver Weise zum Arzneimittelmissbrauch motiviert, eine sehr große Reichweite erzielt oder bereits zu nachweislichen Gesundheitsschäden geführt hat – sollte der Strafraum weiter verschärft werden (Vorschlag: Mindestfreiheitsstrafe 2 Jahre). Ergänzend ist § 15 HWG (Ordnungswidrigkeiten) anzupassen, damit auch weniger gravierende Verstöße

gegen § 10 HWG – soweit sie nicht unter die neue Strafnorm fallen – mit spürbaren Geldbußen geahndet werden können.

Durch eine solche Reform würde das seit 1965 bestehende Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel endlich wieder effektiv durchgesetzt. Wo nötig, müssen die Überwachungs- und Strafverfolgungsbehörden der Länder konsequent einschreiten. Die neuen Strafvorschriften würden eine wirksame Abschreckung schaffen, die öffentliche Gesundheit schützen und gesundheitsgefährdende Werbepraktiken sowie Medikamentenmissbrauch verhindern. Eine Differenzierung nach Arzneimitteltyp oder Werbekanal ist dabei bewusst nicht vorgesehen, um die Schutzwirkung des Laienwerbeverbots umfassend wiederherzustellen.

Der BDCan bittet die Bundesregierung dringend, diesen Vorschlag im Zuge der Gesetzesänderung aufzugreifen. Die jüngsten Vorfälle – etwa aggressiv beworbene „Cannabis per Klick“-Rezepte per Fragebogen – haben gezeigt, dass ohne schärfere Sanktionen manche Anbieter das geltende Werbeverbot schlicht ignorieren. Hier muss der Gesetzgeber ein klares Zeichen setzen. Einen konkreten Gesetzentwurf, den wir Anfang Juli 2025 gemeinsam mit der Deutschen Medizinal-Cannabis Gesellschaft und dem Verband der Cannabis versorgenden Apotheken vorgelegt haben, finden Sie in der Anlage 1.

Zu 2.: Verbindliche ärztliche Untersuchung und Verschreibung (§ 3 MedCanG) konkretisieren

Der BDCan unterstützt ausdrücklich, dass verpflichtende Ärzt:innen-Patient:innen-Kontakte bei der Verordnung von Medizinalcannabis sichergestellt werden. Allerdings fordern wir, diese Vorgaben nicht nur auf Cannabisblüten zu beschränken, sondern auf alle Darreichungsformen auszuweiten, um die Patient:innensicherheit zu gewährleisten und eine Umlenkung des Freizeitkonsummarktes zu vermeiden. Konkret schlägt der BDCan vor, die Erstverordnung von Medizinalcannabis ausschließlich nach einer persönlichen ärztlichen Untersuchung vor Ort zu erlauben. Folgeverschreibungen sollten unter bestimmten Bedingungen auch telemedizinisch erfolgen, jedoch sollte mindestens einmal jährlich eine persönliche Therapiekontrolle stattfinden. Auch hierzu verweisen wir auf den im Juli von uns gemeinsam mit der

Deutschen Medizinal-Cannabis Gesellschaft und dem Verband der Cannabis versorgenden Apotheken vorgelegten Gesetzentwurf in der Anlage 1.

Ferner fordert der BDCan klare Regelungen, die verhindern, dass deutsche Verschreibungsregeln durch Verschreibungen aus dem Ausland umgangen werden. Der Verband regt dazu eine verbindliche Einführung entsprechender Bußgeldvorschriften (§ 27 MedCanG) an, um die Durchsetzung sicherzustellen. Auch hierzu verweisen wir auf den im Juli von uns gemeinsam mit der Deutschen Medizinal-Cannabis Gesellschaft und dem Verband der Cannabis versorgenden Apotheken vorgelegten Gesetzentwurf in der Anlage 1.

Zu 3.: Balance zwischen Missbrauchsprävention und Patient:innenversorgung gewährleisten

Aus Sicht des BDCan müssen Maßnahmen zur Missbrauchsprävention stets auch die Versorgungsrealität insbesondere chronisch kranker Menschen berücksichtigen. Ein Teil der Betroffenen ist auf die schnelle Wirkstoffanflutung inhalierter Medizinalcannabis-Blüten angewiesen – etwa zur Abfederung akuter Schmerzspitzen, bei therapieresistenten Spastiken (z. B. bei Multipler Sklerose), bei plötzlichen Tic-Episoden oder Übelkeit und Erbrechen im Rahmen onkologischer Therapien. Zudem ist die Umgehung des Magendarmtraktes oft therapeutisch notwendig. Für diese Indikationen stehen bislang nur wenige alternative Darreichungsformen mit ähnlich raschem Wirkungseintritt zur Verfügung; oral applizierte Extrakte wirken deutlich verzögert und ähneln in ihrem Wirkprofil eher retardierten Arzneimitteln. Diese Versorgungsrealität muss bei jeder gesetzlichen Neuregelung berücksichtigt werden, um keine Versorgungslücken entstehen zu lassen.

Zugleich ist uns bewusst, dass Medizinalcannabis besondere Sorgfalt erfordert: Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken sind Arzneimittel mit Suchtrisiko und weiteren gesundheitlichen Risiken, werden aber mangels arzneimittelrechtlicher Zulassung derzeit in der „No-Label“-Anwendung verschrieben. Die im Referentenentwurf genannten Fehlentwicklungen – insbesondere die Zunahme rein telemedizinisch initiiertter Privat-Verschreibungen ohne Ärzt:innen-Patient:innen-Kontakt

und ohne sichergestellte Apothekenberatung – erfordern gezielte Gegenmaßnahmen zur Gewährleistung der Arzneimittel- und Patient:innensicherheit.

Ziel muss eine Balance sein, die sowohl Missbrauch eindämmt als auch die Versorgung behandlungsbedürftig erkrankter Menschen sicherstellt. Der BDCan begrüßt daher ausdrücklich, dass im Referentenentwurf die Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen als zentrales Ziel genannt wird. In diesem Sinne unterstützen wir wirksame Schritte gegen offenkundige Fehlentwicklungen (z. B. automatisierte Online-Fragebogen-Rezepte ohne angemessene ärztliche Untersuchung oder aggressive Medikamentenwerbung) – jedoch mit Augenmaß und Fokus auf die eigentlichen Ursachen der Probleme, nicht auf Kosten kranker Menschen.

Zu 4.: Kein pauschales Versandverbot für Cannabisblüten

Besondere Bedenken haben wir gegen das im Gesetzesentwurf vorgesehene Versandhandelsverbot für Cannabisblüten. Laut Entwurf soll in § 3 Abs. 3 Satz 2 MedCanG ergänzend festgeschrieben werden, dass *„Für die in § 2 Nummer 1 genannten Blüten eine Abgabe an Endverbraucherinnen und Endverbraucher im Wege des Versandes [...] nicht zulässig“* ist. Die Bundesregierung begründet dieses Verbot damit, dass über Telemedizin-Plattformen bestellte Cannabisblüten ohne persönlichen Arzt- oder Ärztinnenkontakt und ohne Beratung in der Apotheke an Patient:innen abgegeben wurden.

Nach Ansicht des BDCan geht ein generelles Versandverbot allerdings zu weit und würde erhebliche praktische Nachteile mit sich bringen. Die Möglichkeit des Versands von Medizinalcannabis hat sich in den vergangenen Jahren als wichtiger Baustein der Versorgung etabliert – insbesondere für Kranke in ländlichen Regionen oder mit eingeschränkter Mobilität. Nur ein Bruchteil der Apotheken in Deutschland führt Medizinalcannabis oder verfügt über ausreichende Expertise auf diesem Gebiet. Eine erzwungene Verlagerung der Versorgung ausschließlich auf Vor-Ort-Apotheken birgt das Risiko von erheblichen Versorgungslücken und qualitativen Einbußen in der Beratung.

Hinzu kommt, dass ein Versandverbot nur für Blüten leicht umgangen werden könnte. Konsument:innen (oder unseriöse Anbieter) könnten schlicht auf andere Darreichungsformen ausweichen, die vom Verbot nicht erfasst wären.

Hochkonzentrierte, inhalierbare Cannabis-Zubereitungen wie etwa „Live Rosin“ (ein nahezu reines THC-Konzentrat) können ähnlich schnell wirksam wie Blüten eingesetzt werden und wären weiterhin per Versand erhältlich. Diese Präparate weisen zum Teil sogar ein höheres Missbrauchs- und Risikopotential auf als die Blüte, blieben laut Entwurf aber vom Fernverschreibungs- und Versandverbot unberührt. Die beabsichtigte Eindämmung missbräuchlicher Bezugswege würde so ins Leere laufen bzw. lediglich verschoben – hin zu Produkten, deren Handhabung und Dosierung für Laien noch schwieriger zu kontrollieren sind.

Aus den genannten Gründen lehnt der BDCan das geplante Versandverbot für Cannabisblüten ab. Die Möglichkeit des Versandbezugs aller Darreichungsformen muss weiterhin bestehen bleiben, um die flächendeckende und kontinuierliche Versorgung kranker Menschen nicht zu gefährden. Statt eines pauschalen Verbots sollten etwaige Sicherheitsbedenken lieber durch gezielte Auflagen adressiert werden – z. B. durch eine verpflichtende (tele-)pharmazeutische Beratung auch im Versandhandel.

Zu 5.: Qualitätsanforderungen und klare Trennung von Medizin und Freizeitkonsum

Der BDCan fordert deutlich strengere Maßstäbe an die Qualitätssicherung von Medizinalcannabis, insbesondere bei inhalierbaren Zubereitungen. Wesentliches Problem ist die intransparente bzw. nicht vollständig rückverfolgbare Lieferkette. Immer häufiger gelangen Cannabisblüten auf den Markt, deren tatsächliche Herkunft, Herstellungsbedingungen und Handhabung entlang der Lieferkette nicht verlässlich dokumentiert sind.

Einige Anbieter betreiben dabei ein sogenanntes „GMP-Washing“: Nur letzte Teilschritte wie die finale Trocknung erfolgen nachweislich unter EU-GMP-Bedingungen, während nicht nachvollziehbar ist, ob Anbau, Ernte oder Versand in die

EU den europäischen Arzneimittelstandards genügen. Dieses Vorgehen täuscht eine pharmazeutische Qualität vor, die real nicht nachweislich gegeben ist und gefährdet damit die Arzneimittelsicherheit – was Produktrückrufe aufgrund von Schimmelbefall wiederholt bestätigen.

Wir fordern daher

- lückenlose Rückverfolgbarkeit aller Produktions- und Verarbeitungsschritte,
- verpflichtende Offenlegung sämtlicher Qualitätsnachweise gegenüber Behörden und Fachkreisen,
- Schließung regulatorischer Schlupflöcher, über die GMP-Washing möglich ist,
- effiziente Markt- und Importkontrollen, um nicht konforme Chargen auszusondern sowie
- Einhaltung mindestens der mikrobiologischen Grenzwerte der Ph. Eur. Monographie 5.1.8. B für alle zur Inhalation bestimmten Cannabisprodukte.

Ebenso wichtig ist aus unserer Sicht eine klare Abgrenzung zwischen medizinischer Versorgung und Freizeitkonsum von Cannabis. Medizinalcannabis sollte konsequent als Arzneimittel behandelt und präsentiert werden – mit entsprechend sachlicher Benennung und Aufmachung. Derzeit werden allerdings selbst im medizinischen Sektor Cannabisblüten unter werbewirksamen Sortennamen vertrieben, die ihrer Herkunft aus der freizeitorientierten Cannabiszucht entstammen. Bezeichnungen wie „Gorilla Glue“, „Space Cake“, „Banana Split“ oder „THC-Bomb“ mögen in der Marketingkommunikation der Cannabis-Lifestyle-Branche gängig sein; im Gesundheitswesen wirken sie jedoch deplatziert und fördern die gezielte Werbung an Freizeitkonsumierende im Widerspruch zum HWG.

Wie grundsätzlich jede Vermischung zwischen Freizeitkonsumware und Medizin, so erschweren solche Bezeichnungen die Akzeptanz in der Ärzteschaft und können bei Patient:innen falsche Assoziationen wecken. Der BDCan regt daher an, im Medizinalcannabis-Bereich neutrale, medizinisch zweckmäßige Sortenbezeichnungen zu erzwingen. Beispielsweise könnte eine Typisierung nach Inhaltsstoffprofilen erfolgen (etwa „Cannabis Typ I“, „Typ II“ etc.), oder neutrale Produktnamen verwendet

werden, die keine im Freizeitkonsum üblichen Begriffe enthalten – wie in der Medizin üblich. Eine solche Nomenklatur würde die Professionalität der Versorgung unterstreichen und gleichzeitig den unangemessenen Marketing-Charakter des aktuellen Sortennamen-Wirrwarrs beseitigen. Zu prüfen ist, ob dies am besten über das HWG oder auf anderem Wege erreicht werden kann.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die vielfach bemühte Theorie des „Entourage-Effekts“ (ein postuliertes synergistisches Zusammenwirken verschiedener Cannabis-Inhaltsstoffe) bislang nicht durch belastbare wissenschaftliche Evidenz untermauert ist. Expert:innen beurteilen den Entourage-Effekt eher als interessante Hypothese, die überwiegend zu Marketingzwecken überstrapaziert wird.

Zwar kann die Gesamtheit der Pflanzenbestandteile im individuellen Fall gewisse Unterschiede im Wirkerleben zeigen; daraus lässt sich jedoch kein medizinischer Bedarf für Hunderte unterschiedlicher „Strains“ mit fantasievollen Namen ableiten. Vielmehr sollte die Therapie sich an objektiven Parametern orientieren – insbesondere am Gehalt der Hauptwirkstoffe THC und CBD und an unterschiedlichen Terpenprofilen, sofern hierfür evidenzbasierte Erkenntnisse vorliegen. Die aktuell unüberschaubare Sortenvielfalt (inzwischen weit über 600 verschiedene Sorten) ist weder im Sinne der therapeutischen Übersichtlichkeit noch zur Missbrauchsprävention förderlich. Die oft schlechte Lieferbarkeit stark beworbener, oft nur kurzzeitig erhältlicher Sorten erschwert die Therapieeinstellung von Patient:innen. Eine strikte Regulierung des Sortiments – orientiert am medizinischen Bedarf statt an Marktinteressen – würde die Abgrenzung zum Freizeitmarkt deutlich machen und die Arzneimittelsicherheit erhöhen.

Zusammenfassend plädiert der BDCan dafür, Medizinalcannabis auch in der Präsentation konsequent als Arzneimittel zu behandeln. Strengere Qualitätsvorgaben für alle inhalativen Cannabisprodukte, eine entromantisierte, neutrale Produktbenennung und eine Beschränkung auf nachvollziehbar differenzierte Varianten würden Missbrauchstendenzen entgegenwirken und die Akzeptanz von Medizinalcannabis im Gesundheitswesen stärken.

Der BDCan bedankt sich abschließend ausdrücklich bei der Bundesregierung für die Gelegenheit zur Stellungnahme und bietet an, im weiteren Gesetzgebungsverfahren für Rückfragen und Dialog zur Verfügung zu stehen. Wir unterstützen ausdrücklich Ihr Ziel einer patient:innenorientierten und gleichzeitig missbrauchspräventiven Weiterentwicklung des MedCanG.

Kontakt:

Daniela Joachim, Vorstandsvorsitzende

[E-Mail schreiben](#)

Mit freundlichen Grüßen

Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V.



Im Namen des Vorstands

Daniela Joachim, Vorstandsvorsitzende

Minyi Lü, stellvertretende Vorstandsvorsitzende

Anlage 1 - [Gemeinsame Vorschläge von BDCan, DMCG und VCA zur Eindämmung von Missbrauch und Förderung der Gesundheit im Bereich Medizinalcannabis](#)