



Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes

Essen, 31. Juli 2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. (BDCan) bedanken wir uns für die Einladung zur Stellungnahme zum aktuellen Referentenentwurf des BMG zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes. 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.

Zusammenfassung der Kernpunkte:

1. 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)

2. Kein pauschales Versandverbot für Cannabisblüten

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

3. 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

4. Heilmittelwerberecht effektiv reformieren

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

5. 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

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.: 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 2.: Kein pauschales Versandverbot für Cannabisblüten

Besondere Bedenken haben wir gegen das im Referentenentwurf vorgesehene Versandhandelsverbot für Cannabisblüten. Laut Entwurf soll in § 3 Abs. 2 MedCanG ergänzend festgeschrieben werden, dass *„für die in § 2 Nummer 1 genannten Blüten ein Inverkehrbringen im Wege des Versandes [...] nicht zulässig“* ist. Das BMG 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. 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.

Zu 3.: 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.

Zu 4.: 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 Arzneimittelmisbrauch motiviert, eine sehr große Reichweite erzielt oder bereits zu nachweislichen Gesundheitsschäden geführt hat - sollte der Strafrahmen 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 das BMG 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 5.: 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 die 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 die im Juli von uns gemeinsam mit der Deutschen Medizinal-Cannabis Gesellschaft und dem Verband der Cannabis versorgenden Apotheken vorgelegten Gesetzentwurf in der Anlage 1.

Der BDCan bedankt sich abschließend ausdrücklich beim BMG 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.

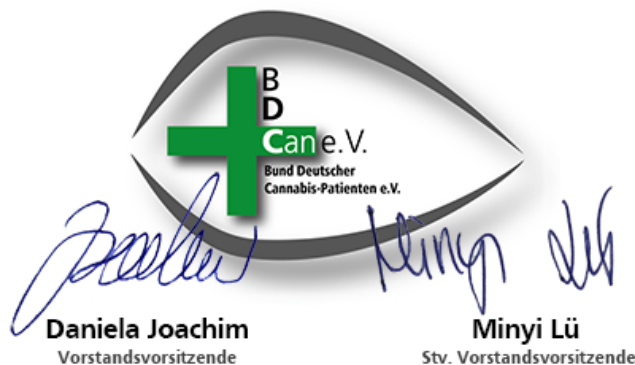
Kontakt:

Daniela Joachim, Vorstandsvorsitzende

[E-Mail schreiben](#)

Mit freundlichen Grüßen

Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V.



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

Gemeinsame Vorschläge zur Eindämmung von Missbrauch und Förderung der Gesundheit im Bereich Medizinalcannabis

2. Juli 2025

MEDIZINISCHE VERSORGUNG STÄRKEN

Die Herausnahme von Medizinalcannabis (MedCan) aus dem BtMG hat die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessert, sowie Ärztinnen, Ärzte und Apotheken von Bürokratie entlastet - das gilt es zu bewahren. **Die seit April 2024 zunehmenden Rechts-verletzungen einiger kommerzieller Dienstleister und die damit einhergehende Rufschädigung der seriösen Anwendung von Cannabis als Medizin müssen dagegen eingedämmt werden.**

Der von einzelnen kommerziellen Anbietern offensichtliche geförderte Medikamentenmissbrauch darf nicht dazu führen, dass Medizinalcannabis zulasten der Patient:innen erneut denselben Restriktionen unterworfen wird wie vor dem 1. April 2024. Um das zu vermeiden, schlägt der Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. gemeinsam mit der Deutschen Medizinal-Cannabis Gesellschaft e.V. und dem Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e.V. konkrete Maßnahmen vor, die sowohl den Missbrauch wirksam eindämmen als auch den seriösen medizinischen Einsatz von Cannabis stärken.

MISSBRAUCH BEI VERSCHREIBUNGEN EINDÄMMEN

A. Heilmittelwerbegesetz (HWG)

Grundsätzlich darf es sich kommerziell nicht lohnen, gegen das in § 10 Absatz 1 Heilmittelwerbegesetz (HWG) verankerte Laienwerbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel zu verstoßen. Wer zur Steigerung von Verordnungen gezielt Endverbraucher:innen bewirbt, nimmt Medikamenten-missbrauch und seine gesundheitlichen Folgen aus kommerziellen Motiven billigend in Kauf. Geld- und Freiheitsstrafen sind daher so anzuheben, dass jede Kosten-Nutzen-Rechnung eindeutig negativ ausfällt.

Dazu schlagen wir Änderungen vor nach Art des anhängenden Entwurfsvorschlages eines Gesetzes zur Verschärfung der Sanktionen bei Verstößen gegen das Heilmittelwerbegesetz (HWG).

B. Untersuchung und Verschreibung

1. Das Unterlaufen standesrechtlicher Berufsstandards bei der Verschreibung muss unterbunden werden. Insbesondere dürfen automatisierte Prozesse, wie die Nutzung von Online-Fragebögen, nicht als Ersatz für medizinische Untersuchungen dienen.
2. Die Umgehung der deutschen standesrechtlichen Verschreibungsregeln durch Ärztinnen und Ärzte im europäischen Ausland bei Verschreibungen an Patientinnen und Patienten in Deutschland sollte ebenfalls grundsätzlich unterbunden werden.
3. Ärztinnen und Ärzte im europäischen Ausland sind über das deutsche Standesrecht nicht sanktionierbar. Online-Plattformen haben dies teils gezielt genutzt, um Medizinalcannabis an Patientinnen und Patienten in Deutschland verschreiben zu lassen und dabei die bei uns standesrechtlich festgelegten Verschreibungsregeln zu unterlaufen. Diese Regeln müssen daher teils in geltendes Recht überführt werden.

Dazu schlagen wir Änderungen vor nach Art des anhängenden Entwurfsvorschlages eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes (MedCanG) zur Sicherstellung der ärztlichen Untersuchungsstandards bei Verschreibungen und zur Eindämmung von Missbrauch.

GRUNDSÄTZLICHES

- Ein höherer Gesundheitsschutz insgesamt wäre dringend wünschenswert, schon allein als aufklärendes Signal: Cannabiskonsum beeinträchtigt bei Jugendlichen und Erwachsenen **unter 23 Jahren** nachweislich die Gehirnentwicklung und steigert das Risiko, Psychosen zu entwickeln. Konsumcannabis für derart gefährdete Gruppen freizugeben, widerspricht klar dem Gesundheitsschutz.
- Medikamentenmissbrauch sollte nicht die attraktivste Bezugsquelle für Konsumcannabis sein. Soweit der Gesetzgeber Konsumcannabis zulässt, sollte er adäquate legale Bezugswege anbieten.
- Die Bundesregierung sollte die **Einführung eines Telemedizingesetzes** erwägen. Dieses könnte die Bedingungen für telemedizinische Dienstleistungen regeln (Datenschutz, Qualität der Untersuchung und Anamnese, grenzüberschreitende Zuständigkeiten, usw.). Es sollte zudem die grundsätzlichen Standards für in EU-Ländern ansässige Ärztinnen und Ärzte bei telemedizinischen Behandlungen von Patientinnen und Patienten in Deutschland regeln, soweit europarechtlich sinnvoll und möglich.

ENTWURFSVORSCHLAG EINES GESETZES ZUR VERSCHÄRFUNG DER SANKTIONEN BEI VERSTÖßEN GEGEN DAS HEILMITTELWERBEGESETZ (HWG)

A. Problem und Ziel

Es gibt einen erheblichen Anstieg von Verstößen gegen das Laienwerbeverbot gemäß § 10 Absatz 1 HWG, insbesondere durch telemedizinische Anbieter und digitale Gesundheitsplattformen im Bereich Cannabis als Medizin. Obwohl einzelne Institutionen bereits gerichtlich dagegen vorgehen, entfalten die derzeitigen Straf- und Bußgeldvorschriften mit Blick auf die erwarteten kommerziellen Vorteile offensichtlich keine ausreichende Abschreckungswirkung.

Mit diesem Gesetz soll daher eine wirksame Sanktionierung sichergestellt und der Verbraucherschutz sowie die öffentliche Gesundheit wiederhergestellt werden.

B. Lösung

Verschärfung der Sanktionen bei Verstößen gegen § 10 Absatz 1 HWG, insbesondere durch:

- Einführung eines eigenständigen Straftatbestands in § 14 Abs. 2 HWG
- Einführung einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren
- Erhöhung des Rahmens möglicher Geldstrafen je Werbemaßnahme nach Ermessen
- Explizite Vorteilsabschöpfung
- Vorschlag eines Straftatbestandes in besonders schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren

C. Alternativen

Teilweise Gleichsetzung des Tatbestandes mit bestimmten Formen der Körperverletzung.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

Der Gesetzentwurf verursacht keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand für Behörden oder Bürger.

F. Weitere Kosten

Keine.

GESETZESTEXT

Artikel 1: Änderung des Heilmittelwerbegesetzes (HWG)

1. In § 14 HWG wird Satz 1 zu Absatz 1 und sodann folgender Absatz 2 hinzugefügt:

„(2) Wer entgegen § 10 Abs. 1 verschreibungspflichtige Arzneimittel gegenüber Laien bewirbt und somit deren mögliche gesundheitliche Schädigung vor dem Hintergrund kommerzieller Ziele billigend in Kauf nimmt, wird mit Freiheitsstrafe von mindestens drei Monaten und bis zu zwei Jahren sowie mit einer angemessenen Geldstrafe je Werbemaßnahme bestraft. Zusätzlich wird der wirtschaftliche Vorteil abgeschöpft.“

[ANMERKUNG

An dieser Stelle schlagen wir die Einführung eines Straftatbestandes für besonders schwere Fälle vor. Dabei sollte die Freiheitsstrafe mindestens zwei Jahre betragen. Ein besonders schwerer Fall liegt erfahrungsgemäß insbesondere dann vor, wenn

- a. die Werbung gezielt an besonders schutzwürdige Personen gerichtet ist, oder
- b. die Werbung besonders irreführend, aggressiv oder gesundheitsgefährdend gestaltet ist, oder direkt oder indirekt zu Medikamentenmissbrauch anregt, oder
- c. die Werbung erhebliche Reichweite erzielt oder wiederholt erfolgt, oder
- d. gesundheitliche Schäden bei Verbrauchern nachgewiesen wurden, oder
- e. Vorstrafen gemäß HWG oder wegen Leib und Leben vorliegen.

ENDE ANMERKUNG]

2. In § 15 HWG (Ordnungswidrigkeiten) wird in Abs. 1 Nummer 7 wie folgt ergänzt:

*“7. entgegen § 10 für die dort bezeichneten Arzneimittel wirbt **und nicht bereits nach § 14 sanktioniert wird,**“*

Artikel 2: Zuständigkeit

Die bestehenden Zuständigkeiten der Strafverfolgungs- und Überwachungsbehörden bleiben unberührt.

Artikel 3: Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

Begründung:

Wer gegen das Laienwerbeverbot verstößt, nimmt vor dem Hintergrund kommerzieller Ziele die Gesundheitsschädigung der Verbraucherinnen und Verbraucher billigend in Kauf. Die neuen Strafvorschriften schaffen eine wirksame Abschreckung, schützen die öffentliche Gesundheit und verhindern gesundheitsschädliche Werbepraktiken und Medikamentenmissbrauch. Eine Differenzierung nach Arzneimitteltyp oder Werbekanal erfolgt bewusst nicht, um die Schutzwirkung des Laienwerbeverbots umfassend wiederherzustellen.

ENTWURFSVORSCHLAG EINES GESETZES ZUR ÄNDERUNG DES MEDIZINAL-CANNABISGESETZES (MEDCANG) ZUR SICHERSTELLUNG DER ÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNGSSTANDARDS BEI VERSCHREIBUNGEN UND ZUR EINDÄMMUNG VON MISSBRAUCH

A. Problem und Ziel

Die Verschreibung von Medizinalcannabis erfolgt zunehmend im Wege telemedizinischer Versorgung und auch durch grenzüberschreitend tätige Ärztinnen und Ärzte. Der Gesetzgeber stellt bislang keine ausdrücklichen Anforderungen an die Art der ärztlichen Untersuchung oder an die Einhaltung berufsrechtlicher Standards bei grenz-überschreitender Versorgung. Zur Sicherstellung eines einheitlichen medizinischen Mindeststandards und zur Vermeidung missbräuchlicher Verschreibungspraxis ist eine Präzisierung der Vorschriften zur Verschreibung von Medizinalcannabis geboten.

B. Lösung

Das Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) wird in § 3 dahingehend ergänzt, dass die Erstverordnung von Medizinalcannabis eine persönliche oder qualifizierte telemedizinische Untersuchung voraussetzt. Wiederholungsverordnungen werden vereinfacht zugelassen, solange alle 12 Monate eine ärztliche Untersuchung stattfindet. Zudem wird geregelt, dass bei Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Deutschland auch grenzüberschreitend tätige Ärztinnen und Ärzte nur dann verschreiben dürfen, wenn sie die Einhaltung deutscher berufsrechtlicher Standards nachweisen. Eine entsprechende Ordnungswidrigkeit wird in § 27 MedCanG eingeführt.

C. Alternativen

Ausarbeitung eines umfassenden Telemedizin-Gesetzes mit ähnlichem Inhalt.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erklärung zur Kompatibilität mit dem EU-Recht

Das Gesetz wahrt die Vorgaben des Europarechts, insbesondere die Dienstleistungsfreiheit nach Art. 56, 57 AEUV. Die Nachweispflicht bezüglich berufsrechtlicher Standards wird nur für Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Deutschland vorgesehen und stellt eine verhältnismäßige Anforderung zum Schutz der hiesigen öffentlichen Gesundheit dar.

GESETZESTEXT

Artikel 1

ÄNDERUNG DES MEDIZINAL-CANNABISGESETZES (MEDCANG)

Das Medizinal-Cannabisgesetz vom 1. April 2024 (BGBl. I Nr. 109 vom 27. März 2024, S. 27 ff.) wird wie folgt geändert:

1. In § 3 werden nach Absatz 3 folgende Absätze eingefügt:

“(4) Die erstmalige Verordnung von Medizinalcannabis setzt eine ärztliche Untersuchung einschließlich Anamnese voraus, die persönlich oder im Rahmen einer qualifizierten Videosprechstunde erfolgt.

(5) Wiederholungsverordnungen ohne erneute Untersuchung sind nach ärztlichem Ermessen zulässig, sofern seit der letzten Untersuchung im Sinne von Absatz 4 nicht mehr als zwölf Monate vergangen sind.

(6) Die Verordnung von Medizinalcannabis zur Anwendung bei Patientinnen und Patienten mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland darf nur durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen, die zur Berufsausübung in Deutschland berechtigt sind. Ausgenommen hiervon sind Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, die im Rahmen der grenzüberschreitenden Erbringung ärztlicher Dienstleistungen ohne Niederlassung tätig werden. Diese müssen vor der Verordnung die Einhaltung der ärztlichen Berufspflichten nachweisen, insbesondere der Anforderungen an ärztliche Untersuchungen und Anamnesen gemäß der Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) in der jeweils geltenden Fassung.

(7) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zum Verfahren zur qualifizierten Durchführung der Untersuchung nach Absatz 4 und zum Nachweis zur Einhaltung der ärztlichen Berufspflichten nach Absatz 6 festzulegen.”

2. In § 25 Absatz 1 wird Nummer 2 wie folgt ergänzt:

*“2. entgegen § 3 Absatz 1 **oder Absatz 4** Cannabis zu medizinischen Zwecken verschreibt [...]*”

3. In § 27 Absatz 1 wird nach Nummer 10 folgende Nummer 11 eingefügt:

“11. entgegen § 3 Absatz 5 oder 6 eine Verordnung von Medizinalcannabis ohne die erforderliche qualifizierte ärztliche Untersuchung oder Berechtigung vornimmt.”

4. In § 27 Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

*“(2) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 1, 3, **4 und 11** mit einer Geldbuße bis zu dreißigtausend Euro und in den übrigen Fällen des Absatzes 1 mit einer Geldbuße bis zu zehntausend Euro geahndet werden.”*

UNTERZEICHNENDE VERBÄNDE:

Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. (BDCan)

Ansprechpartnerin: Daniela Joachim, Vorstandsvorsitzende BDCan e.V.

Telefon: 0172 7160189

[Website aufrufen](#)

[E-Mail schreiben](#)

Deutsche Medizinal-Cannabis Gesellschaft e.V. (DMCG)

Ansprechpartner: Dr. med. Dipl.-Chem. Konrad F. Cimander, Vorstand DMCG e.V.

Telefon: 0162 2305216

[Website aufrufen](#)

[E-Mail schreiben](#)

Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e.V. (VCA)

Ansprechpartnerin: Dr. Christiane Neubaur, Geschäftsführerin VCA e.V.

Telefon: 0171 1415130

[Website aufrufen](#)

[E-Mail schreiben](#)