



**BPC**

Bundesverband  
pharmazeutischer  
Cannabinoidunternehmen

Mühlenstraße 8a

14167 Berlin

Tel: +49 30 235939590

info@bpc-deutschland.de

## Stellungnahme des Bundesverbandes pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen e.V. (BPC)

zum

### Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes vom 18.06.2025

Der Bundesverband pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen e. V. (BPC) vertritt die Interessen pharmazeutischer Unternehmen und Großhändler für Cannabisarzneimittel sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gegenüber Politik, Behörden und Institutionen im Gesundheitswesen. Das Ziel des Verbandes ist es, zuverlässige und stabile Bedingungen rund um die Versorgung mit cannabinoidhaltigen Arzneimitteln zu schaffen und damit maßgeblich die Lebensqualität von Patient:innen zu verbessern.

Der BPC bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum o. g. Referentenentwurf (RefE) und bringt die Erfahrungen des Verbandes aus acht Jahren Medizinalcannabis und seiner 26 Mitgliedsunternehmen in Deutschland ein, die eine vierstellige Zahl an Mitarbeitenden beschäftigen und voraussichtlich etwa 1 Mrd. Euro Umsatz 2025 erwirtschaften werden.<sup>1</sup>

#### I. **Vorbemerkung**

Der Bundesverband pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen e. V. (BPC) begrüßt das Anliegen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), missbräuchlichen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Verschreibungspraxis von Medizinalcannabis entgegenzuwirken. Das Medizinal-Cannabis-Gesetz (MedCanG) erkennt den medizinischen Nutzen cannabinoidhaltiger Arzneimittel an und verfolgt das Ziel, den Zugang zu einer ärztlich indizierten cannabinoid-basierter Therapie zu erleichtern. Der BPC unterstützt diese Zielsetzung ausdrücklich und setzt sich dafür ein, die Regulierung von Medizinalcannabis im Sinne der gesetzgeberischen Intention weiterzuentwickeln.

<sup>1</sup> BPC/BvCW (2025): Kennzahlen der Cannabiswirtschaft in Deutschland: [https://bpc-deutschland.de/wp-content/uploads/2025/03/BvCW\\_BPC\\_Factsheet-Cannabiswirtschaft-in-Deutschland\\_20250328.pdf](https://bpc-deutschland.de/wp-content/uploads/2025/03/BvCW_BPC_Factsheet-Cannabiswirtschaft-in-Deutschland_20250328.pdf)





**BPC**

Bundesverband  
pharmazeutischer  
Cannabinoidunternehmen

Bei dieser Weiterentwicklung muss der durch das Cannabisgesetz 2024 (CanG) beschlossene Paradigmenwechsel gewahrt bleiben. Statt Kriminalisierung und Stigmatisierung müssen der Schutz der Patient:innen sowie deren verlässliche, barrierefreie und wohnortnahe medizinische Versorgung weiterhin oberste Priorität haben - gerade bei eingeschränkter Mobilität, schweren oder chronischen Erkrankungen sowie im ländlichen Raum, wo die Versorgung infolge des ärztlichen Fachkräftemangels und geringer Apothekendichte bereits unter Druck steht.

Vor diesem Hintergrund bewertet der BPC den „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes“ des BMG vom 18. Juni 2025 als nicht zielführend und in Teilen unverhältnismäßig. Die vorgeschlagenen Regelungen stehen aus Sicht des BPC im Widerspruch zu übergeordneten gesundheitspolitischen Zielen wie Versorgungssicherheit, Patientenschutz und der Digitalisierung des Gesundheitswesens, insbesondere durch die Förderung der Telemedizin. Die vorgesehenen Änderungen würden faktisch zu einem pauschalen Verbot der telemedizinischen Versorgung sowie des Versandhandels von Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken führen, zulasten der Patient:innen.

Nach Einschätzung des BPC lässt sich die angestrebte Eindämmung des Missbrauchs in der Verschreibungspraxis mit wirksameren und zugleich milderem Mitteln erreichen.

**Der BPC fordert bezugnehmend auf den Referentenentwurf daher konkret:**

- Die Vorschrift zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (vgl. vorgeschlagene Änderung § 3 Abs. 1 MedCanG im RefE) wird begrüßt. Zur Wahrung der ärztlichen Therapiefreiheit sollte jedoch die Wahl der Behandlungsform – persönlich oder telemedizinisch – den behandelnden Ärzt:innen obliegen.
- Angemessene Dokumentations- und Nachweispflichten für verschreibende Ärzt:innen sollten eingeführt werden, um die Einhaltung ärztlicher Sorgfaltspflichten gezielt zu stärken.
- Allgemeingültige Standards für telemedizinische Behandlungsformen sollten weiterentwickelt werden. Dieses Vorhaben muss jedoch in seiner Gesamtheit und nicht im Wege der Einzelfallbewertung, wie im Beispiel Medizinalcannabis, umgesetzt werden.
- Das im Entwurf vorgesehene Versandhandelsverbot für Cannabisblüten (§ 3 Abs. 2 RefE) sollte ersatzlos gestrichen werden.
- Zusätzliche regulatorische Maßnahmen sind nicht zielführend, solange die bestehenden Möglichkeiten im Rechtsvollzug, etwa basierend auf dem



Berufsrecht, Heilmittelwerberecht sowie dem Arzneimittel- und Apothekenrecht, nicht konsequent ausgeschöpft und durchgesetzt werden.

- Die vorgeschlagene Änderung des MedCanG § 25 im RefE (Ordnungswidrigkeiten und Sanktionen) sollte ersatzlos gestrichen werden.
- Grundsätzlich sollte die im Koalitionsvertrag vereinbarte ergebnisoffene Evaluierung des CanG abgewartet werden, um ein ganzheitliches, evidenzbasiertes und verhältnismäßiges Vorgehen zu gewährleisten.

Der BPC spricht sich ausdrücklich für eine klare Regulierung missbräuchlicher Praktiken in der Verschreibung von Medizinalcannabis aus – allerdings mit der notwendigen Differenzierung. Medizinisch verantwortungsvolle Telemedizinplattformen, auf denen approbierte Ärzt:innen auf Basis einer ärztlichen Anamnese per Video oder strukturierter Telekonsultation verschreiben, sind klar von Anbietern abzugrenzen, die ohne persönlichen Kontakt und lediglich auf Grundlage standardisierter Online-Fragebögen agieren. Im Mittelpunkt muss die konsequente Kontrolle der Einhaltung der ärztlichen Sorgfaltspflicht und der medizinischen Standards bei digitalen Versorgungsangeboten stehen - im Rahmen der bereits bestehenden Regelungen.<sup>2</sup>

Die im Referentenentwurf vorgeschlagene Regelung käme faktisch einem pauschalen Verbot gleich, von dem auch seriöse, qualitätsgesicherte Anbieter unmittelbar und existenziell betroffen wären. Darüber hinaus würde sie zu einer Stigmatisierung von Patient:innen führen, die auf eine ärztlich indizierte cannabinoid-basierte Behandlung angewiesen sind. Besonders problematisch erscheint in diesem Zusammenhang die Ungleichbehandlung im Vergleich zu anderen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit deutlich höherem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, etwa Opioiden oder Benzodiazepinen. Diese Rx-Arzneimittel unterliegen keiner speziellen gesetzlichen Sonderregelung, die Telemedizin oder Versandhandel ausschließt. Eine solche Sonderbehandlung würde Medizinalcannabis im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln mit vergleichbarem oder höherem Risikoprofil diskriminieren.

Der dem Referentenentwurf zugrunde liegende Generalverdacht gegenüber privat verschriebenen Medizinalcannabis-Verordnungen außerhalb des GKV-Systems, abgeleitet aus der zunehmenden Zahl privater Verordnungen und steigender Importzahlen, entbehrt zudem einer belastbaren empirischen Grundlage. Es liegen keine fundierten Nachweise dafür vor, dass der Anstieg privater Verordnungen überwiegend auf eine missbräuchliche Nutzung zum Freizeitkonsum zurückzuführen ist. Auch Selbstzahler:innen können Patient:innen sein.

---

<sup>2</sup> BPC (2025): Nutzung der Telemedizin im Bereich Medizinalcannabis [https://bpc-deutschland.de/wp-content/uploads/2025/07/20250626\\_BPC\\_Positionspapier\\_Telemedizin.pdf](https://bpc-deutschland.de/wp-content/uploads/2025/07/20250626_BPC_Positionspapier_Telemedizin.pdf)



**BPC**

Bundesverband  
pharmazeutischer  
Cannabinoidunternehmen

Der BPC warnt überdies ausdrücklich vor unbeabsichtigten Folgen einer Überregulierung. Ein eingeschränkter Zugang zur legalen, ärztlich begleiteten Versorgung könnte dazu führen, dass Patient:innen vermehrt auf illegale Bezugsquellen ausweichen. Eine solche Entwicklung liefe den Zielen des Gesundheitsschutzes zuwider und würde die bisherigen Fortschritte beim Aufbau eines kontrollierten und sicheren Versorgungssystems gefährden.

Zudem wären auch die wirtschaftlichen Folgen erheblich. Die geplanten Restriktionen gefährden die Investitions- und Planungssicherheit für telemedizinische Anbieter, pharmazeutische Unternehmen und spezialisierte Vor-Ort-Apotheken mit Versandhandelserlaubnis in Deutschland, die in qualitätsgesicherte Versorgungsstrukturen investiert haben. Es drohen sinkende Steuereinnahmen, Arbeitsplatzverluste und ein Rückgang von Innovationspotenzial – zum Nachteil des Pharma- und Gesundheitsstandorts Deutschland.

Nicht zuletzt bestehen aus Sicht des BPC erhebliche verfassungs- und europarechtliche Bedenken. Wie bereits beschrieben, sind die vorgesehenen Maßnahmen unverhältnismäßig und führen zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Sonderbehandlung von Medizinalcannabis gegenüber anderen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit teils höherem Missbrauchsrisiko. Das Gesetz in der vorliegenden Form wäre damit auch rechtlich anfechtbar.

## II. **Stellungnahme zur Problemanalyse des Referentenentwurfs**

Der Referentenentwurf des BMG geht davon aus, dass seit Inkrafttreten des CanG ein überproportionaler Anstieg der Importe von Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken zu verzeichnen ist, der nicht mit der Entwicklung der GKV-Verordnungen korrespondiert. Nach Angaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stiegen die Importe im zweiten Halbjahr 2024 im Vergleich zum ersten Halbjahr um 170 Prozent, während die Verordnungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung im selben Zeitraum lediglich um neun Prozent zunahmen. Diese Diskrepanz wird im Entwurf dahingehend interpretiert, dass die wachsenden Importmengen primär der Versorgung von Selbstzahler:innen auf Privatrezept außerhalb der GKV-Strukturen dienen. In Verbindung mit der Tatsache, dass sich zugleich vermehrt telemedizinische Plattformen am Markt etablieren, über die Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt verschrieben und über kooperierende Versandapotheken abgegeben werden, attestiert das BMG eine Fehlentwicklung.



## Zur Interpretation des Importanstiegs

Aus Sicht des BPC ist die im Referentenentwurf vorgenommene Herleitung in dieser Form weder belastbar noch hinreichend durch valide Daten gestützt. Der Rückschluss auf eine Fehlentwicklung verkennt die komplexen Zusammenhänge im Importgeschehen: So ist zu berücksichtigen, dass lediglich ein Teil der importierten Cannabisblüten tatsächlich an Patient:innen in Deutschland abgegeben wird. In Fachkreisen wird davon ausgegangen, dass nur etwa 60 Prozent der Importmengen in den Apotheken zur Versorgung eingesetzt werden. Die übrigen 40 Prozent entfallen auf Reexporte, die Weiterverarbeitung zu Extrakten, wissenschaftliche Zwecke, Lagerbestände sowie die Vernichtung aufgrund abgelaufener Haltbarkeit.

Entsprechend scheint nicht berücksichtigt worden zu sein, dass sich Deutschland in den vergangenen Jahren zu einem zentralen Logistik- und Verarbeitungsstandort für Medizinalcannabis in Europa entwickelt hat. Insbesondere Länder wie Polen, das Vereinigte Königreich, Tschechien, Malta und die Schweiz werden maßgeblich über Importe aus Deutschland beliefert. So wurden allein im Jahr 2024 fast acht Tonnen Cannabisblüten nach Polen exportiert, ein erheblicher Teil davon aus Deutschland. Auch das Vereinigte Königreich bezieht große Mengen über den deutschen Markt. Diese Rolle Deutschlands als zentrales Distributionsdrehkreuz für Europa relativiert den vermeintlich inländischen Importanstieg deutlich.

## Zur Entwicklung im GKV-System und Selbstzahlermarkt

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Schlussfolgerung des Referentenentwurfs aus der Diskrepanz zwischen Importzahlen und GKV-Verordnungen sowie Selbstzahler:innen. Dabei wird verkannt, dass sich auch die durchschnittliche Menge pro Medizinalcannabis-Verschreibung verändert hat. Laut GAmSi-Bericht lag der durchschnittliche Bruttoumsatz pro Verordnung im Jahr 2021 bei rund 655 Euro<sup>3</sup>, im Jahr 2024 hingegen bereits bei etwa 721 Euro<sup>4</sup>. Diese Entwicklung spricht für eine Zunahme der abgegebenen Menge je Verordnung, was wiederum bedeutet, dass sich aus der bloßen Zahl der Verordnungen kein belastbarer Rückschluss auf den tatsächlichen Versorgungsumfang ziehen lässt.

Nach der Entlassung von Medizinalcannabis aus dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) war mit einer steigenden Nachfrage im Selbstzahlerbereich grundsätzlich zu rechnen. Denn obwohl medizinisches Cannabis seither keinen besonderen

---

<sup>3</sup> GAmSi Bundesbericht (2021): [https://www.gkv-gamsi.de/media/dokumente/quartersberichte/2021/q4\\_25/Bundesbericht\\_GAmSi\\_202112\\_konsolidiert\\_Sonderbeilage\\_Cannabis.pdf](https://www.gkv-gamsi.de/media/dokumente/quartersberichte/2021/q4_25/Bundesbericht_GAmSi_202112_konsolidiert_Sonderbeilage_Cannabis.pdf)

<sup>4</sup> GAmSi Bundesbericht (2024): [https://www.gkv-gamsi.de/media/dokumente/quartersberichte/2024/q4\\_31/Bundesbericht\\_GAmSi\\_202412\\_konsolidiert\\_Sonderbeilage\\_Cannabis.pdf](https://www.gkv-gamsi.de/media/dokumente/quartersberichte/2024/q4_31/Bundesbericht_GAmSi_202412_konsolidiert_Sonderbeilage_Cannabis.pdf)



**BPC**

Bundesverband  
pharmazeutischer  
Cannabinoidunternehmen

Anforderungen hinsichtlich der Verschreibung mehr unterliegt, erfolgt eine Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 31 Abs. 5 SGB V weiterhin nur als letztes Therapiemittel. Schon bei der Einführung des CanG 2024 hat der BPC daher auf fehlende, klare und verlässliche Regelungen zur Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen hingewiesen.

Darüber hinaus lässt sich ein Zusammenhang zwischen der stagnierenden Entwicklung im GKV-Markt und der steigenden Zahl von Selbstzahlerverordnungen feststellen. Seit Inkrafttreten des CanG wird weiterhin eine hohe Zahl von Kostenübernahmeanträgen durch gesetzliche Krankenkassen abgelehnt. Dieser kontinuierlich restriktive Umgang mit GKV-Erstattungen führt zu einer Verlagerung in den privaten Bereich und erklärt die Diskrepanz teilweise als systembedingte Folge der geltenden Erstattungspraxis. Die im Referentenentwurf implizit vorgenommene Abwertung der Versorgung mit Medizinalcannabis im Selbstzahlermarkt ist aus Sicht des BPC daher sachlich nicht gerechtfertigt. Auch selbstzahlende Patient:innen leiden vielfach unter schweren und chronischen Erkrankungen und haben Anspruch auf eine diskriminierungsfreie, medizinisch angemessene Behandlung.

### **Evidenzbasierte Interpretation**

Nach Ansicht des BPC stellen die beobachteten Entwicklungen keinen belastbaren Nachweis für eine Fehlentwicklung dar, sondern können vielmehr als Ausdruck eines erwartbaren Nachholeffekts interpretiert werden. Eine Abwanderung von Patient:innen vom Schwarzmarkt hin zur legalen, ärztlich begleiteten Versorgung ist zudem ausdrücklich zu begrüßen und entspricht dem Ziel der Patientensicherheit. Ebenso trägt die wachsende Verfügbarkeit zur Entstigmatisierung cannabinoid-basierter Therapien bei und ermöglicht einen strukturellen Abbau bestehender Versorgungsdefizite, insbesondere für schwerkranke Patient:innen, die bislang keinen Zugang zu einer adäquaten Therapie hatten.

Zuletzt ist hervorzuheben, dass Medizinalcannabis mit dem Inkrafttreten des CanG bewusst aus dem Betäubungsmittelrecht herausgelöst wurde, verbunden mit einer Neubewertung des Risikoprofils. Vor diesem Hintergrund wirkt eine erneute Verschärfung einzelner Regelungen, insbesondere das Verbot des Versandhandels und die Präsenzpflcht beim Erstkontakt zwischen Ärzt:innen und Patient:innen, wie eine politische Rolle rückwärts, ohne dass eine sachlich tragfähige oder empirisch belegte Grundlage vorliegt.

Aus Sicht des BPC fehlt es den Vorschlägen des Referentenentwurfs vor diesem Hintergrund an einer hinreichend belastbaren, datenbasierten Herleitung. Der BPC fordert, potenziellen Missbrauch in der Verschreibungspraxis differenziert zu



analysieren und nicht pauschal aus aggregierten Kennzahlen abzuleiten, deren Ursachen vielfältig und sachlich nachvollziehbar erklärbar sind. Eine fundierte Bewertung setzt eine klare Trennung zwischen medizinisch indizierter Versorgung durch seriöse Anbieter und tatsächlichen Fehlentwicklungen voraus. Eine solche Analyse sollte wissenschaftlich begleitet und evidenzbasiert erfolgen, bevor regulatorische Eingriffe vorgenommen werden. Entsprechend sollte aus Sicht des BPC die im Koalitionsvertrag vereinbarte ergebnisoffene Evaluierung abgewartet werden.

### III. **Stellungnahme zu den konkreten Formulierungsvorschlägen im Referentenentwurf nach Paragraphen**

#### **Zu § 3 Abs. 1 MedCanG – Verschreibung nur nach persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt**

Der BPC begrüßt die geplante Einführung eines verpflichtenden ärztlichen Erstkontakts im Rahmen der Verschreibung von Medizinalcannabis, insbesondere zur Wahrung ärztlicher Verantwortung und zur Sicherstellung einer sorgfältigen Indikationsstellung. Dieser Erstkontakt sollte jedoch nicht zwingend in physischer Form erfolgen, sondern auch digital möglich sein. Die im Referentenentwurf vorgesehene Pflicht zum persönlichen Vor-Ort-Kontakt greift in die ärztliche Therapiefreiheit ein und erscheint weder medizinisch notwendig noch systemisch zielführend. Sie bindet ärztliche Ressourcen, erhöht den bürokratischen Aufwand und gefährdet die Kontinuität der Behandlung, insbesondere für Patient:innen mit eingeschränkter Mobilität oder in strukturell unterversorgten Regionen.

Telemedizinische Angebote sind inzwischen ein etablierter Bestandteil der ambulanten Versorgung und leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung flächendeckender medizinischer Betreuung<sup>5</sup>. In der Praxis ist die Versorgungslage regional sehr unterschiedlich: Viele Patient:innen finden keine wohnortnahen Ärzt:innen mit Erfahrung oder Bereitschaft zur Verschreibung cannabinoid-basierter Therapien. Digitale Versorgungsangebote tragen erheblich zur Schließung von Versorgungslücken bei und ermöglichen Zugang zu einer ärztlich begleiteten Therapie, insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen, Mobilitätseinschränkungen oder fehlender regionaler Versorgungsinfrastruktur.

---

<sup>5</sup> Zahl der Videosprechstunden um 23 Prozent gestiegen, TK, 11. Juli 2025, <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/telemedizin/videosprechstunde-um-23-prozent-gestiegen-2178314>

Bereits seit 2018 erlaubt die Musterberufsordnung für Ärzt:innen<sup>6</sup> die ausschließliche Fernbehandlung, sofern die ärztliche Sorgfaltspflicht gewahrt und medizinische Standards eingehalten werden. Videosprechstunden haben sich unter diesen Voraussetzungen in der ambulanten Versorgung bewährt. Auch der Bewertungsausschuss hat ihre Rolle zuletzt ausdrücklich gestärkt – etwa im Hinblick auf Effizienz und Versorgungsqualität.<sup>7</sup> Die gesundheitspolitische Zielsetzung, digitale Lösungen strukturell zu fördern, wird dabei auch von der Bundesregierung selbst unterstützt: So betonte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken jüngst selbst die Vorteile digital unterstützter Erstkontakte im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgungssteuerung.<sup>8</sup>

Die im Referentenentwurf vorgesehene Sonderregelung steht aus Sicht des BPC daher im Widerspruch zu den erklärten Zielen der Bundesregierung, Telemedizin und Digitalisierung im Gesundheitswesen zu stärken. Die Weiterentwicklung sektorenübergreifender, allgemeingültiger Standards für telemedizinische Behandlungsformen sollte kohärent und technologieoffen erfolgen – nicht durch isolierte Einschränkungen am Beispiel Medizinalcannabis.

#### **Position des BPC:**

- Der BPC spricht sich für eine differenzierte Ausgestaltung des RefE § 3 Abs. 1 MedCanG aus. Die Entscheidung über die Form des Erstkontakts zwischen Ärzt:innen und Patient:innen, ob persönlich oder telemedizinisch, sollte der ärztlichen Therapiefreiheit unterliegen.
- Zur Qualitätssicherung können ergänzend angemessene Dokumentations- und Nachweispflichten für verschreibende Ärzt:innen eingeführt werden. Diese tragen zur Einhaltung berufsrechtlicher Standards bei und stärken das Vertrauen in telemedizinische Versorgungsmodelle.

#### **Zu § 3 Abs. 2 MedCanG – Verbot des Versandhandels von Cannabisblüten an Endverbraucher**

Der BPC sieht das im Referentenentwurf vorgesehene Verbot des Versandhandels mit Cannabisblüten an Endverbraucher:innen kritisch und bewertet es als

---

<sup>6</sup> § 7 Abs. 4 MBO-Ä

<sup>7</sup> *Einheitliche Obergrenze für alle: Mehr Videosprechstunden jetzt auch für unbekannte Patienten möglich*, KBV, 17. Juli 2025, <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/07-17/einheitliche-obergrenze-fuer-alle-mehr-videosprechstunden-jetzt-auch-fuer-unbekannte-patienten-moeglich>

<sup>8</sup> *Interview mit Gesundheitsministerin Warken*, FAZ, 25. Mai 2025,

<https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/gesundheitsministerin-warken-steigende-sozialbeitraege-bremsen-das-wachstum-110498453.html>



**BPC**

Bundesverband  
pharmazeutischer  
Cannabinoidunternehmen

unverhältnismäßig. Ein solches pauschales Verbot gefährdet die Versorgungssicherheit, schwächt bewährte Versorgungsstrukturen und benachteiligt insbesondere Patientengruppen, die auf eine wohnortunabhängige Arzneimittelversorgung angewiesen sind. Die Einschränkung träfe vor allem vulnerable Gruppen wie Patient:innen mit Mobilitätseinschränkungen, chronischen Erkrankungen sowie Menschen in ländlichen Regionen mit geringer Apotheken- und Arztpraxendichte.

Bereits heute geben laut aktuellen Daten weniger als 20 Prozent der Apotheken in Deutschland Medizinalcannabis<sup>9</sup> ab. Ein Versandhandelsverbot würde diese ohnehin begrenzte Verfügbarkeit weiter verschärfen und droht, bestehende Versorgungslücken zu vergrößern. Auch der Blick in andere Länder wie Kanada zeigt, dass der Versandhandel mit Medizinalcannabis für eine flächendeckende Versorgung essentiell ist.<sup>10</sup>

Gleichzeitig entzieht ein solches Verbot Apotheken mit Versandhandelserlaubnis ein bislang rechtlich zulässiges und etabliertes Geschäftsmodell (§ 11a ApoG). Besonders betroffen wären spezialisierte Vor-Ort-Apotheken in Deutschland mit hoher Expertise im Bereich Medizinalcannabis, die bislang durch ihre qualitätsgesicherte Versandversorgung einen wesentlichen Beitrag zur Therapiesicherheit leisten. Ihre wirtschaftliche Grundlage würde durch das Verbot existenziell gefährdet.

Zudem führt ein Verbot des Versandhandels zu einem erhöhten bürokratischen und logistischen Aufwand in Arztpraxen und Apotheken, verursacht zusätzliche Kosten für das Gesundheitssystem und belastet Patient:innen durch längere Wege und potenziell steigende Eigenanteile.

Weiterhin erscheint ein generelles Versandhandelsverbot nicht systemgerecht, da das Gesetz ein entsprechendes Verbot bestimmter Arzneimittel oder Zubereitungen nicht kennt. Ein generelles Verbot des Versands von Cannabisblüten ohne wissenschaftliche Evaluierung ist daher unverhältnismäßig.

Nicht zuletzt birgt ein vollständiges Versandhandelsverbot das Risiko, dass Patient:innen mangels erreichbarer legaler Versorgungswege auf nicht-medizinische oder illegale Bezugsquellen ausweichen. Dies würde nicht nur die Gesundheitsrisiken

---

<sup>9</sup> Pharmazeutische Zeitung 21. Juli 2025: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/forschungsklausel-fuer-cannabis-abgabe-157647/>

<sup>10</sup> *Legislative review of the Cannabis Act: Final report of the Expert Panel*, Gesundheitsministerium Kanada (2023), S. 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>



für die Betroffenen erhöhen, sondern auch die Kontrolle über Qualität, Abgabe und Anwendung gefährden, mit negativen Folgen für den Gesundheitsschutz, die Arzneimittelsicherheit und die Bekämpfung des Schwarzmarkts.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass ausschließlich deutsche Vor-Ort-Apotheken, die über eine Versandhandelserlaubnis verfügen, Cannabisblüten versenden. Ausländische Versandapotheken dürfen aufgrund gesetzlicher Regelungen keine Cannabisblüten per Post an in Deutschland wohnende Kunden versenden. Ein generelles Versandhandelsverbot würde somit ausschließlich deutsche Vor-Ort-Apotheken treffen.

#### **Position des BPC:**

- Der BPC fordert, das vorgesehene Verbot des Versandhandels gemäß RefE § 3 Abs. 2 MedCanG zu streichen, da durch den vorgeschlagenen verpflichtenden Arzt-Patienten-Kontakt bereits eine ausreichende medizinische Kontrolle und Beratung gewährleistet ist.

#### **Zu § 25 MedCanG – Ordnungswidrigkeiten und Sanktionen**

Der BPC erkennt an, dass Verstöße gegen geltende Sicherheitsvorgaben grundsätzlich rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen müssen. Dabei ist jedoch sicherzustellen, dass die vorgesehenen Sanktionen klar definiert, praxistauglich ausgestaltet und verhältnismäßig sind. Das geltende CanG enthält bereits umfassende strafrechtliche Regelungen, die aus Sicht des BPC ausreichend sind, um missbräuchliches Verhalten zu sanktionieren.<sup>11</sup> Eine weitergehende Ausweitung der Straf- und Ordnungswidrigkeitstatbestände im Rahmen des MedCanG bedarf daher besonderer Zurückhaltung.

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen führen zu einer erheblichen Verschärfung, die aus Sicht des BPC unverhältnismäßig ist und erhebliche Rechtsunsicherheiten mit sich bringt. Der aktuelle Wortlaut lässt eine undifferenzierte Sanktionierung sämtlicher Akteure entlang der Versorgungskette befürchten. Ärzt:innen, Apotheker:innen sowie Logistikdienstleister wären gleichermaßen betroffen – selbst bei formalen oder geringfügigen Verstößen, bei denen keine konkrete Gesundheitsgefährdung vorliegt. Eine differenzierte Bewertung zwischen vorsätzlichem Fehlverhalten und administrativen Versäumnissen bleibt weitgehend

---

<sup>11</sup> siehe u.a. § 25 Abs.1 Nr. 1 und 2 MedCanG

aus. Insbesondere die vorgesehene Sanktionsausweitung im Kontext der telemedizinischen Versorgung wirft erhebliche Folgeprobleme auf. Sollte künftig jede Paketauslieferung mit Cannabisblüten unter potenzielle Strafandrohung gestellt werden, würde dies telemedizinisch gestützte Versorgungsketten erheblich erschweren. In strukturschwachen Regionen mit geringer Vor-Ort-Versorgung wäre eine flächendeckende Versorgung mit Medizinalcannabis kaum noch zu gewährleisten.

Hinzu kommt, dass zentrale Begriffe wie „Verabreichen“ oder „Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch“ im Entwurf unpräzise und auslegungsbedürftig bleiben. Diese begriffliche Unschärfe schafft Rechtsunsicherheit für alle beteiligten Akteure und zwingt Arztpraxen und Apotheken einfache Versorgungsschritte juristisch abzusichern. Dies führt zu erheblichem Mehraufwand, vermeidbaren Verzögerungen und Versorgungslücken.

Darüber hinaus sieht der Referentenentwurf im § 25 MedCanG auch bei geringfügigen oder formalen Verstößen Sanktionen in Form von Geld- oder Freiheitsstrafen vor. Bereits geringe Abweichungen von den vorgeschriebenen Abläufen könnten berufsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen – etwa Disziplinarverfahren oder sogar den Verlust der Approbation. Diese Sanktionen stehen aus Sicht des BPC nicht im Verhältnis zu vergleichbaren Regelungen im Arzneimittelrecht und wirken abschreckend auf alle Beteiligten im Versorgungssystem.

Besorgniserregend sind auch die möglichen Auswirkungen auf den Bereich der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung. Die Ausweitung strafrechtlicher Bestimmungen auf Cannabis zu wissenschaftlichen Zwecken könnte dazu führen, dass Studien mit Cannabisblüten – etwa im Rahmen klinischer Prüfungen oder kontrollierter Abgaben – unter das Risiko strafrechtlicher Sanktionen fallen. Dies würde den Forschungsstandort Deutschland schwächen und Universitätskliniken sowie Forschungsinstitute abschrecken, in diesem Bereich weiter tätig zu werden. Der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt und die Entwicklung innovativer Therapieansätze wären dadurch gefährdet.

#### **Position des BPC:**

- Der BPC fordert, die vorgeschlagene Anpassung nach RefE § 25 MedCanG ersatzlos zu streichen.

#### IV. **Rechtliche Einschätzung**

Zuletzt wirft der Entwurf aus Sicht des BPC erhebliche verfassungs- und europarechtliche Bedenken auf. Die vorgesehenen Maßnahmen sind unverhältnismäßig und führen zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Sonderbehandlung von Medizinalcannabis gegenüber anderen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit teils höherem Missbrauchsrisiko. Das Gesetz in der vorliegenden Form wäre damit auch rechtlich anfechtbar.

#### **Grundrechtsverstöße**

Das geplante Gesetz greift ungerechtfertigt in den allgemeinen Gleichheitssatz und die Berufsfreiheit ein. Es wird insbesondere der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verletzt.

##### **a) Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG**

Die vorgesehenen Sonderregelungen verstoßen gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG. Eine Ungleichbehandlung ist nur dann zulässig, wenn sie durch tragfähige sachliche Gründe gerechtfertigt ist. Der Entwurf sieht vor, dass Cannabisblüten nur nach einem persönlichen Erstkontakt verschrieben und nicht mehr im Versandhandel abgegeben werden dürfen. Andere verschreibungspflichtige Arzneimittel mit vergleichbarem oder höherem Missbrauchsrisiko (etwa Opioide oder Benzodiazepine) unterliegen hingegen keiner speziellen gesetzlichen Sonderregelung, die Telemedizin oder Versandhandel ausschließt. Für diese Arzneien gelten lediglich die allgemeinen berufs- und arzneimittelrechtlichen Vorschriften. Dass nur für Cannabis zusätzliche Beschränkungen eingeführt werden sollen, stellt eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung dar.

Insbesondere gibt es keine Datenlage, aus der sich eine sachlich gerechtfertigte Ungleichbehandlung ableiten ließe. Konkrete Daten zum Missbrauch von medizinischem Cannabis in der Telemedizin liegen nicht vor. Die Behörde verweist lediglich auf eine Statistik, nach der die Importe von Cannabisblüten im zweiten Halbjahr 2024 um 170 Prozent angestiegen seien, während die Verordnungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur um neun Prozent zugenommen hätten. Diese Zahlen stehen weder in einem kausalen Zusammenhang noch würde sich daraus ein angeblicher Missbrauch ableiten lassen.

Nach der Entlassung aus dem Betäubungsmittelrecht war mit einer steigenden Nachfrage im Selbstzahlerbereich zu rechnen. Denn obwohl medizinisches Cannabis seit der Reklassifizierung keinen besonderen Anforderungen hinsichtlich der



**BPC**

Bundesverband  
pharmazeutischer  
Cannabinoidunternehmen

Verschreibung unterliegt, erfolgt eine Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen nach dem unveränderten § 31 Abs. 5 SGB V weiterhin nur als letztes Therapiemittel. Es liegt nahe, dass eine Vielzahl der aktuellen Verschreibungen aufgrund der Legalisierung gerade als frühzeitige Therapieform eingesetzt werden, so wie es der Gesetzgeber ermöglichen wollte. Ein höherer Import allein ist kein Beweis für eine Fehlentwicklung, sondern kann mit erwartbaren Nachholeffekten erklärt werden. Auf einer solchen Grundlage lassen sich keine Eingriffe in Grundrechte rechtfertigen.

### **b) Eingriff in Art. 12 GG**

Die geplanten Regelungen stellen außerdem einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG dar. Ein Eingriff liegt vor, wenn die Art und Weise der Berufsausübung durch gesetzliche Vorschriften eingeschränkt wird. Ärzt:innen verlieren die Freiheit, selbst zu entscheiden, ob eine Behandlung im Einzelfall per Videosprechstunde ausreichend ist. Stattdessen zwingt sie die Regelung zu einem persönlichen Erstkontakt, unabhängig davon, ob dies medizinisch erforderlich ist. Apotheken mit einer Versandhandelserlaubnis verlieren das Recht, Cannabisblüten zu versenden, obwohl sie für andere verschreibungspflichtige Arzneimittel weiterhin auf diesem Weg tätig sein dürfen. Telemedizinische Plattformen, die bisher unter Beachtung der geltenden Regeln agieren, verlieren eine Grundlage ihrer Tätigkeit.

### **c) Verstoß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit**

Die Grundrechtseingriffe sind unverhältnismäßig.

Die Regelungen sind bereits nicht erforderlich, weil bestehende berufsrechtliche und apothekenrechtliche Normen eine ordnungsgemäße Versorgung sicherstellen. Ärzt:innen müssen nach der Musterberufsordnung vor jeder Fernbehandlung prüfen, ob sie medizinisch vertretbar ist. Die Apothekenbetriebsordnung verpflichtet zu Aufklärung und Beratung auch im Versandhandel. Sofern die Annahme des Missbrauchs zutrifft, könnten anstatt eines generellen Verbots auch mildere Maßnahmen wie verpflichtende Video-Erstgespräche, zusätzliche Dokumentationspflichten oder gezielte Kontrollen ergriffen werden.

Die Regelungen sind nicht angemessen. Sie belasten insbesondere chronisch kranke und immobile Patient:innen, die auf Telemedizin angewiesen sind. Wenn legale und sichere Versorgungswege entfallen, steigt die Gefahr, dass Betroffene auf illegale Quellen ausweichen müssen. Damit würde die Patientensicherheit nicht gestärkt, sondern geschwächt.





**BPC**

Bundesverband  
pharmazeutischer  
Cannabinoidunternehmen

#### **d) Verstoß gegen europarechtliche Grundfreiheiten**

Ein verpflichtender persönlicher Erstkontakt vor der Ausstellung digitaler Rezepte wäre unionsrechtswidrig, sofern er die grenzüberschreitende Telemedizin faktisch ausschließt oder unzumutbar erschwert. Eine solche Pflicht stellt eine Beschränkung der Dienstleistungsfreiheit gemäß Art. 56 AEUV dar und wirkt gegenüber Anbietern aus anderen EU-Mitgliedstaaten mittelbar diskriminierend (Art. 18 AEUV), da sie nur inländischen Leistungserbringern faktisch zugutekommt.

Nach ständiger Rechtsprechung des EuGH sind Beschränkungen der Grundfreiheiten nur zulässig, wenn sie einem legitimen Ziel wie dem Gesundheitsschutz dienen und zugleich geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sind. Eine pauschale Erstkontaktpflicht genügt diesen Anforderungen nicht, da mildere Maßnahmen – etwa ärztliche Dokumentationspflichten oder qualitätsbezogene Auflagen – denselben Schutzzweck erfüllen können.

Zudem gilt bei grenzüberschreitender Telemedizin das Herkunftslandprinzip (vgl. Richtlinie 2011/24/EU), wonach Leistungen dem Recht des Herkunftsstaates unterliegen. Nationale Anforderungen, wie ein persönlicher Erstkontakt, dürfen daher ausländischen Anbietern nicht entgegengehalten werden, sofern sie nicht unionsrechtlich gerechtfertigt sind. Ein solcher Eingriff wäre weder erforderlich noch verhältnismäßig und damit mit dem Unionsrecht unvereinbar.

