

Rechtliche Geschichte & Auswirkungen der Teil-Legalisierung 2024

2017

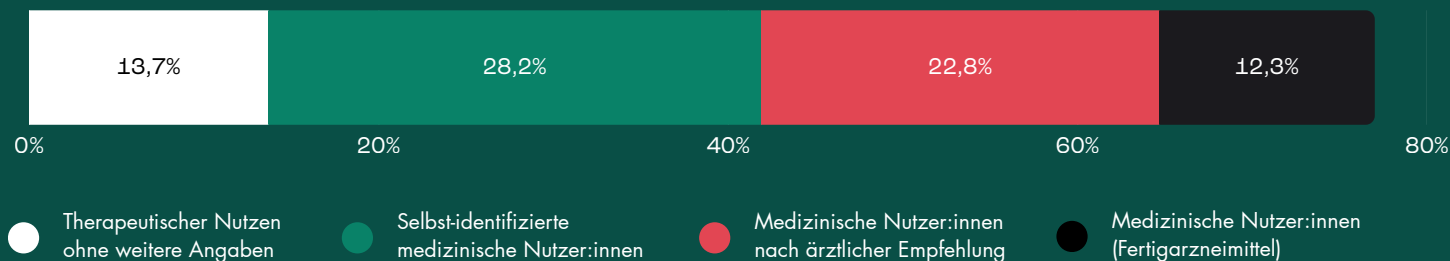
Betäubungsmittelstatus & gesellschaftliche Vorurteile

Cannabisarzneimittel dürfen seit 2017 in Deutschland bei schweren oder chronischen Erkrankungen verordnet werden, waren jedoch als Betäubungsmittel (BtM) eingestuft: Verbunden mit bürokratischen Hürden und Stigmatisierung.¹¹

Dies führte dazu, dass viele Ärzt:innen zurückhaltend bei der Verordnung waren. Der Genehmigungsvorbehalt der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erschwerte die Dokumentation und Kostenerstattung zusätzlich.¹²

Fact-Check: Was definiert einen Patient:innen im Kontext Cannabis?

Cannabis-Nutzer:innen: 77 % geben einen therapeutischen Nutzen an, aber nur 22,8 % hatten ein Rezept.¹³



Eine repräsentative Studie (2025) analysierte Daten von über 16.000 Personen aus Nordamerika und Australien, die im Vorjahr mindestens einmal Cannabis konsumiert hatten. **Das Ergebnis:** Die rechtlichen Rahmenbedingungen bestimmen maßgeblich, wer als Patient:in gilt, erfassen jedoch nicht zuverlässig die tatsächliche medizinische Erfahrung der Betroffenen.¹³

2024

Teil-Legalisierung & Wegfall des BtM-Status

Seit April 2024 ist Medizinalcannabis als verschreibungspflichtiges Arzneimittel ohne BtM-Status eingestuft.¹⁰ Diese Reklassifizierung folgt einer Neubewertung des tatsächlichen Risikoprofils von Medizinalcannabis.¹⁴ Ein Schritt, der die Integration von Cannabis in die ärztliche Versorgung erleichtert und zur Entlastung der Praxen sowie einer besseren Patientenversorgung beiträgt.¹⁴ Cannabis zum Freizeitkonsum bleibt weiterhin gesetzlich getrennt.

Analyse: Woher stammt das Missbrauchsargument?

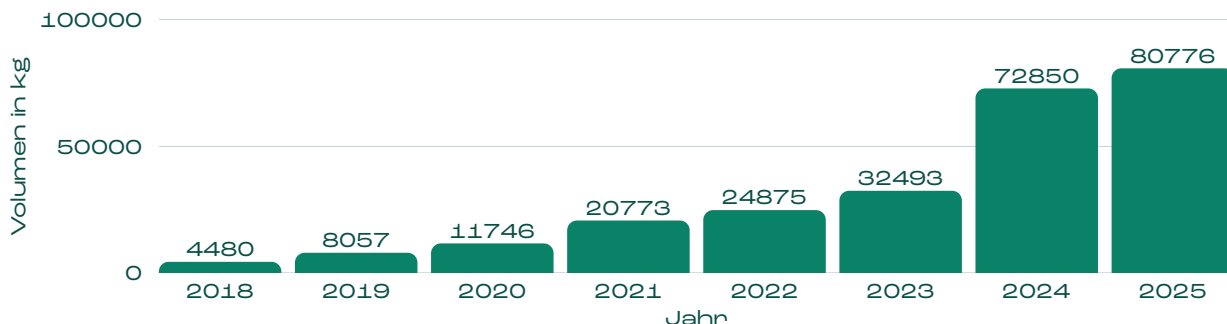
2025

Entwurf zur Änderung des Medizinalcannabisgesetzes

Ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) von Juli 2025 spricht von einer vermeintlichen „Fehlentwicklung“ seit April 2024 im Bereich Medizinalcannabis. Ziel sei es, diese durch Verschärfung des Medizinalcannabis-Gesetzes zu korrigieren. Dabei besteht die Argumentation des BMG aus zwei Hauptpunkten:

Steigende Importzahlen & GKV-Verschreibungen

Laut dem Entwurf übertrafen die Cannabisimporte ab 2024 das „erwartete Maß“ – gleichzeitig stiegen die Verschreibungen auf Kosten der GKV nicht im gleichen Verhältnis. Das BMG schließt aus dieser Diskrepanz auf missbräuchliche Praktiken im Bereich Medizinalcannabis – ohne sachliche Erklärung.



40 %

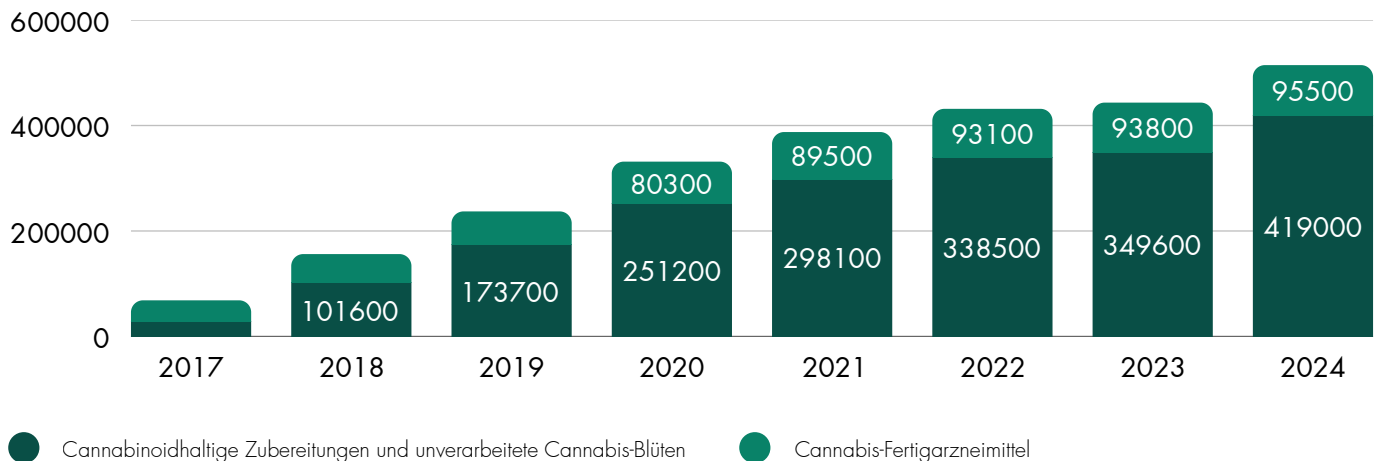
60 %

Expert:innen zufolge werden nur 60 % der Importe in den Apotheken abgegeben. 40 % entfallen auf Re-Exporte, Vernichtung abgelaufener Produkte, Einsatz zu wissenschaftlichen Zwecken oder Lagerbestände.¹⁵

Daten belegen zudem, dass die durchschnittlichen verordneten Mengen pro GKV-Verschreibung gestiegen sind. Der Brutto-Umsatz stieg in Deutschland zwischen 2021 und 2024 von 655 € auf 721 €. ¹⁵

GKV-Verordnungen = ein guter Indikator für Patientenzahlen?

Anzahl der GKV-Verordnungen für Cannabisarzneimittel



Die Erhebung genauer Patientenzahlen gestaltet sich schwierig¹³, da viele Staaten nur indirekte Indikatoren erfassen. In Deutschland etabliert sich zunehmend eine bedenkliche Praxis, bei der GKV-Verordnungen als „medizinisch legitim“ betrachtet werden, während selbstzahlende Patient:innen pauschal als „heimliche Freizeitnutzer:innen“ verurteilt werden. Dabei werden essenzielle Aspekte ausgeblendet:

! Patient:innen sind bei Medizinalcannabis – trotz Wegfalls des BtM-Status – auf eine **privat finanzierte Versorgung** angewiesen. Eine Übernahme durch die GKV erfolgt weiterhin nur als **letztes Therapiemittel**. (SGB V – § 31 Abs. 5)

Wann fühlen sich Patient:innen zu Selbsttherapie gedrungen?

Studien zeigen, dass Patient:innen mit **seltenen oder chronischen Krankheitsbildern** vermehrt unter „**medizinischer Blindheit**“ leiden: So wird ihren Aussagen weniger Glauben geschenkt und sie werden öfter falsch diagnostiziert oder fehlbehandelt.¹⁴

Patient:innen verlieren dann zunehmend das Vertrauen in das (gesetzliche) Gesundheitssystem und suchen notgedrungen eigenständig nach Möglichkeiten, ihre Lebensqualität zu verbessern.¹⁴

Auch **internationale Daten** aus Ländern, die eine Cannabis-Legalisierung vollzogen haben, widerlegen einen pauschalen Missbrauchstrend von Medizinalcannabis:



Eine **Studie aus Kanada** zeigt, dass die **Verschreibungen** von Medizinalcannabis nach einer vollständigen Legalisierung **um circa 33 % gesunken sind**. Die verordnete Menge pro Verschreibung stieg ähnlich wie in Deutschland.¹⁵



Auch in **Australien** zeigt sich kein Missbrauchstrend von Medizinalcannabis. Nach einem initialen Anstieg bleiben die Verschreibungszahlen seit der Legalisierung dort stabil.¹⁶

Telemedizin & Cannabis

→ **Telemedizinische Angebote** wie Video-Sprechstunden ermöglichen Patient:innen eine **ärztliche Versorgung ohne Praxisbesuch** und sind eine **wichtige Ergänzung** für die moderne Gesundheitsversorgung.

→ Das „**Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens**“ (DigiG) sowie weitere Richtlinien stärken die Rolle der Telemedizin. Besonders Patient:innen in **ländlichen Gebieten** oder **Regionen mit wenig spezialisierten Ärzt:innen und Cannabis-Apotheken** sind auf telemedizinische Angebote und Versand-Apotheken angewiesen.



Welche Risiken birgt Telemedizin?

„Gleichzeitig werden vermehrt **telemedizinische Plattformen** auf dem Markt aktiv, über die Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken **ohne jeglichen oder ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt** bezogen werden können.“

Referentenentwurf des BMG (14.07.2025) – Seite 1

- Telemedizin ohne jeglichen Arzt-Patienten-Kontakt kann ein Risiko für die Sicherheit von Patient:innen darstellen. Besonders **bei neuen Patient:innen muss gewährleistet sein, dass vor Therapiebeginn ein ärztlicher Kontakt, z. B. per Videosprechstunde, stattfindet.**
- Tatsächlich kommen einige Anbieter dieser Pflicht nicht nach und **stellen Rezepte auch ohne einen persönlichen Kontakt aus, z. B. durch das Beantworten eines Online-Fragebogens.** Ein Missbrauch von Medizinalcannabis könnte damit in der Theorie ermöglicht werden.

Lösungsvorschläge des BMG

Der Referentenentwurf schlägt zwei Maßnahmen zur Lösung der Missbrauchslage vor:



Pauschales Behandlungsverbot durch Telemediziner ausschließlich im Bereich Medizinalcannabis sowie Versandhandelsverbot für Medizinalcannabis



Diese Ansätze sind **wenig differenziert** und würden effektiv nur zu einer **Versorgungseinschränkung** für Cannabis-Patient:innen führen sowie eine **Rückverlagerung in den Schwarzmarkt** begünstigen.

BPC-Einschätzung zur MedCanG-Änderung

Der Bundesverband pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen e. V. (BPC) begrüßt das Ziel, Missbrauch einzudämmen, warnt aber vor Regelungen, die Versorgung und Therapiefreiheit gefährden.

- **Telemedizin:** Ärzt:innen müssen entsprechend ihrer Therapiehoheit selbst entscheiden dürfen, ob sie ihre Patient:innen persönlich oder per Videosprechstunde behandeln.
- **Versandverbot:** Ein Versandverbot wäre unverhältnismäßig und gefährdet die Versorgung vieler Patient:innen.

The Way Forward:

Politische Handlungsempfehlungen

1

Einführung eines verpflichtenden Arzt-Patienten-Kontakts bei Erstverordnung, der auch im Rahmen einer Videokonferenz stattfinden darf.

2

Kein generelles Verbot für telemedizinische Versorgung im Bereich Medizinalcannabis – sondern konsequente Kontrolle bereits bestehender berufsrechtlicher Vorgaben.

3

Verzicht auf ein Versandhandelsverbot für Cannabis, da dieses insbesondere kleine und mittelständige Vor-Ort-Apotheken mit Versandhandelserlaubnis in ihrer Existenz bedrohen würde.

4

Verbesserung der Kostenerstattung für cannabinoidbasierte Therapien durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Sie haben Fragen?

**Ansprechpartnerin für
politische Kommunikation:**

Antonia Menzel
Director Public Affairs
antonia.menzel@sanitygroup.com



Ansprechpartnerin für Presseanfragen:

Jennifer Plankenbühler
Pressesprecherin & Lead Medical PR
jennifer.plankenbuhler@sanitygroup.com
+49 (0)173 376 284 5



Mehr Wissen & Daten?

Zahlreiche Factsheets zu den wichtigsten Themen rund um Cannabis, digitaler Zugang zu den Quellen und vieles mehr finden Sie unter dem QR-Code:



Quellenverzeichnis

- 1.** Schlag AK, Zafar RR, Lynskey MT, et al. The value of real world evidence: The case of medical cannabis. Front Psychiatry. 2022;13:1027159. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1027159>. Zugriffen am: 1. Oktober 2025. Verfügbar unter: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.1027159/full>.
- 2.** Arkell TR, Downey LA, Hayley AC, Roth S. Assessment of Medical Cannabis and Health-Related Quality of Life. JAMA Netw Open. 2023;6(5):e2312522. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2023.12522](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.12522).
- 3.** National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research. Washington (DC): National Academies Press (US); 2017 Jan 12. Kapitel 4: Therapeutic Effects of Cannabis and Cannabinoids. Zugriffen am: 1. Oktober 2025. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425767/>.
- 4.** Horlemann J, Schürmann N. DGS-PraxisLeitlinie: Cannabis in der Schmerzmedizin, Version 2.0 für Fachkreise. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin; 2024. Zugriffen am: 1. Oktober 2025. Verfügbar unter: https://dgs-praxisleitlinien.de/wp-content/uploads/2024/05/PLL_Can_V2.pdf.
- 5.** Ittiphakorn P, Erridge S, Holvey C, Coomber R, Rucker JJ, Sodergren MH. UK Medical Cannabis Registry: An analysis of clinical outcomes of medicinal cannabis therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder. 06. Dezember 2023. Zugriffen am: 1. Oktober 2025. doi: <https://doi.org/10.1002/hpr2.12400>.
- 6.** Stueber A, Cuttler C. Self-Reported Effects of Cannabis on ADHD Symptoms, ADHD Medication Side Effects, and ADHD-Related Executive Dysfunction. J Atten Disord. 2021;26(6):942–955. Zugriffen am: 1. Oktober 2025. doi: <https://doi.org/10.1177/10870547211050949>.
- 7.** MacCallum CA, Russo EB. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. Eur J Intern Med. 2018;49:12–19. Zugriffen am: 1. Oktober 2025. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.01.004>. Verfügbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620518300049>.
- 8.** Mick G, Douek P. Clinical Benefits and Safety of Medical Cannabis Products: A Narrative Review on Natural Extracts. Pain Ther. 2024;13:1063–1094. Zugriffen am: 1. Oktober 2025. doi: <https://doi.org/10.1007/s40122-024-00643-0>.
- 9.** Khan SP, Pickens TA, Berlau DJ. Perspectives on cannabis as a substitute for opioid analgesics. Pain Manag. 2019;9(2):191–203. Zugriffen am: 1. Oktober 2025. doi: [10.2217/pmt-2018-0051](https://doi.org/10.2217/pmt-2018-0051).
- 10.** Gesetz zur Versorgung mit Cannabis zu medizinischen und medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken (Medizinal-Cannabisgesetz – MedCanG). Ausfertigungsdatum: 27. März 2024. Vollzitat: Medizinal-Cannabisgesetz vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109, S. 27), das durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 207) geändert worden ist. Stand: Geändert durch Art. 2 G v. 20. Juni 2024 I Nr. 207. Zugriffen am: 1. Oktober 2025. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/medcang/BJNR06DOC0024.html>.
- 11.** Deutsche Apotheker Zeitung. Cannabis kein BtM mehr – was heißt das für die Fertigarzneimittel?. 26. März 2024. Zugriffen am: 10. Oktober 2025. Verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/03/26/cannabis-kein-btm-mehr-was-heisst-das-fuer-die-fertigarzneimittel>.
- 12.** Piontek S. Cannabis: „Ärzte haben Angst vor Regressen“. Apotheke Adhoc. 23. Juli 2024. Zugriffen am: 10. Oktober 2025. Verfügbar unter: <https://www.apotheke-adhoc.de/rubriken/detail/medizinisches-cannabis/cannabis-aerzte-haben-angst-vor-regressen/>.
- 13.** Graham M, Pacula RL, Pessar SC, Ge Y, Kritikos AF, Hall W, et al. Understanding medical cannabis use internationally: Why definitions and context matter. Addiction. 2025; 120(10): 2141–2146. <https://doi.org/10.1111/add.70117>

Quellenverzeichnis

- 14.** Bontempo, A. C., Bontempo, J. M., & Duberstein, P. R. (2025). Ignored, dismissed, and minimized: Understanding the harmful consequences of invalidation in health care—A systematic meta-synthesis of qualitative research. *Psychological Bulletin*, 151(4), 399–427. <https://doi.org/10.1037/bul0000473>
- 15.** Armstrong MJ. Canada's Recreational Cannabis Legalization and Medical Cannabis Patient Activity, 2017-2022. *Am J Public Health*. 2024 Nov;114(S8):S673-S680. doi: 10.2105/AJPH.2024.307721. Epub 2024 Oct 3. PMID: 39361903; PMCID: PMC11499694.
- 16.** Department of Health, Disability and Ageing. Medicinal cannabis: access pathways and usage data . 2025. Zugriffen am: 22. Oktober 2025. Verfügbar unter: <https://www.tga.gov.au/resources/explore-topic/medicinal-cannabis-hub/medicinal-cannabis-access-pathways-and-usage-data>
- 15.** Heinrich C. Medizinisches Cannabis gilt nicht mehr als Betäubungsmittel – was sich ändert. *Apotheken Umschau*. 16. April 2024. Zugriffen am: 10. Oktober 2025. Verfügbar unter: <https://www.apotheken-umschau.de/medikamente/wirkstoffe/medizinisches-cannabis-gilt-nicht-mehr-als-betaeubungsmittel-was-sich-aendert-1090531.html>.
- 15.** Bundesverband pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen e.V. (BPC). Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes vom 18. Juni 2025. BPC Deutschland. Zugriffen am: 22. Oktober 2025. Verfügbar unter: <https://bpc-deutschland.de/aktuelles/stellungnahme-des-bundesverbandes-pharmazeutischer-cannabinoidunternehmen-e-v-bpc-zum-entwurf-eines-gesetzes-zur-aenderung-des-medizinal-cannabisgesetzes-vom-18-06-2025/>