

## **Stellungnahme des Spitzenverbands Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes (MedCanG)**

### **I. Vorbemerkung**

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 14.07.2025 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes (Bearbeitungsstand: 18.06.2025 14:24) veröffentlicht.

Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) ist einer der größten Branchenvertreter von telemedizinisch tätigen Unternehmen und Herstellern digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen. Der SVDGV gehört außerdem zum Kreis der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen auf Bundesebene. Er sieht seine Aufgabe darin, zentrales „Sprachrohr“ seiner Mitglieder gegenüber Politik, Behörden und anderen Playern im Gesundheitswesen im Allgemeinen, sowie bei Gesetzesvorhaben betreffend digitale Gesundheitsanwendungen im Besonderen zu sein und die Interessen seiner Mitglieder angemessen zu vertreten.

Vor diesem Hintergrund nimmt der SVDGV zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes wie folgt Stellung:

### **II. Kommentierung des Referentenentwurfs und Regelungsvorschläge**

#### **1. Zu § 3 Abs. 1 S. 2 MedCanG (Art. 1 Ziff. 1 a) des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes**

In § 3 Abs. 1 S. 2 MedCanG (Art. 1 Ziff. 1 a) soll geregelt werden, dass die Verschreibung von Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken nur nach einem persönlichen Kontakt zwischen einer/m Ärztin/Arzt und der/dem Patientin/en vor Ort in der Arztpraxis oder im Rahmen eines ärztlichen Hausbesuches erfolgen darf. Damit soll eine ausschließliche Behandlung im Rahmen der Videosprechstunde ausgeschlossen werden. In der Begründung dieser weitreichenden Einschränkung der ärztlichen Berufsausübung geht der Referentenentwurf davon aus, dass bei der

Behandlung mit Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken u.a. wegen der Suchtgefahr sowie weiterer Gesundheitsrisiken, Nebenwirkungen und unerwünschter Arzneimittelwirkungen ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit körperlicher Untersuchung mit der zu behandelnden Person sinnvoll und geboten sei.

Dem folgt der SVDGV nicht. Aus Sicht des SVDGV ist für die Verordnung von Medizinalcannabis ein verpflichtender persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt unter physischer Anwesenheit von Ärztin/Arzt und Patient/in medizinisch nicht erforderlich. Zahlreiche Arzneimittel mit vergleichbarem oder höherem Risikopotenzial, Suchtgefahr, Neben- oder unerwünschten Arzneimittelwirkungen – etwa Opiode, Benzodiazepine oder sedierende Antidepressiva – dürfen im Rahmen strukturierter Fernbehandlung, d.h. z.B. im Rahmen von Videosprechstunden verordnet werden. Daher erschließt sich nicht, aus welchem besonderen Grund für Medizinalcannabis ein einschränkendes Sonderrecht geschaffen werden soll.

Ein generelles Präsenzgebot benachteiligt zudem insbesondere mobilitätseingeschränkte, psychisch belastete oder in ländlichen Regionen lebende Patienten/innen. Die ärztliche Entscheidung über die Art des Arzt-Patienten-Kontakts sollte - wie auch im ärztlichen Berufsrecht in § 7 Abs. 4 MBO-Ä angelegt - dem Einzelfall überlassen bleiben. Ein pauschales Verbot ist aus Sicht des SVDGV hier nicht verhältnismäßig.

Würde nunmehr eine körperliche Untersuchung als erforderlich angesehen, würden die Beweggründe für das Cannabisgesetz (CanG) und MedCanG ausgehöhlt. Die in der Begründung des Referentenentwurfs angeführten Argumente hinsichtlich der Arzneimittel- und Patientensicherheit wurden bereits im Rahmen der entsprechenden Gesetzgebung zum CanG und MedCanG hinreichend berücksichtigt. Ein medizinischer Fachstandard, der eine körperliche Untersuchung in jedem Fall einer Behandlung mit medizinischem Cannabis voraussetzt, ist nicht bekannt. Gleichzeitig würden die erst kürzlich von den Bundesmantelvertragspartnern festgelegten Qualitätskriterien für telemedizinische Leistungen in der Anlage 31c BMV-Ä ausgehöhlt werden. Darin ist insbesondere ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren verbindlich festgelegt, nach dem bestimmt wird, ob ein Anliegen eines/r Patienten/in für die Videosprechstunde geeignet ist. Insofern wird die Patientensicherheit mit den schon bestehenden Regelungen (§ 7 Abs. 4 MBO-Ä und § 9 Abs. 2 Anlage 31c BMV-Ä) ausreichend gewährleistet.

Sofern das Ziel des Gesetzgebers - im Referentenentwurf auf Seite 5 beschrieben - darin besteht, die Inkongruenz zwischen der Menge von importiertem medizinischen Cannabis und der Anzahl der Cannabisverordnungen in der GKV aufzulösen, könnte zudem die Vorgabe einer Verordnung nur durch in Deutschland zugelassenen Ärzten/innen besser zur Erreichung dieses Zwecks geeignet sein (siehe unten).

Es ist zudem festzustellen, dass die Regelungen des Referentenentwurfs von einem Grundmisstrauen gegenüber telemedizinischen Plattformen bzw. gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die per Videosprechstunde behandeln, geprägt ist. Zwar ist richtig, dass es - wie in jedem Markt - z.T. aus dem Ausland agierende Unternehmen ("schwarze Schafe") gibt, die Verordnungen für Medizinalcannabis versprechen und insgesamt unseriöse Versorgungsmodelle anbieten. Die weit überwiegende Mehrzahl an telemedizinischen Plattformen, über die Patienten/innen medizinisches Cannabis verschrieben wird, sind jedoch lauter und seriös. Diese setzen auf ärztlich kontrollierte Prozesse, strukturierte Anamnesetools und "echte" ärztliche Verordnungen. Die nun mit dem Referentenentwurf geplanten Regelungen unterscheiden nicht zwischen seriösen und unseriösen Plattformangeboten sondern legen pauschale Einschränkungen fest, die auch etablierte und qualitativ hochwertig agierende Telemedizinplattformen treffen, die zur Versorgungssicherheit beitragen – etwa bei Patienten/innen mit psychischen Belastungen oder chronischen Leiden. Aus Sicht des SVDGV sollte eine Regulierung der Versorgung mit Medizinalcannabis Qualität fördern, nicht aber pauschal digitale Formate, die bewusst zur Entlastung in der Gesundheitsversorgung geschaffen wurden, verbieten.

Es wäre sinnvoller, die Ärzte/innen bei Patienten/innen, denen zum ersten Mal Medizinalcannabis verschrieben werden soll, im Einzelfall selbst und eigenverantwortlich entscheiden zu lassen, ob die dafür erforderliche Anamnese und Untersuchung im Wege von Telemedizin (z.B. Videosprechstunde) ärztlich vertretbar und fachgerecht durchgeführt werden kann, oder ob zwingend ein Vor-Ort-Besuch in der Arztpraxis erforderlich ist. Dazu kann auch das in § 9 Abs. 2 Anlage 31c BMV-Ä verpflichtend festgelegte strukturierte Ersteinschätzungsverfahren dienen.

Vor diesem Hintergrund schlägt der SVDGV folgende Änderung vor:

aktueller Entwurf	Vorschlag SVDGV
§ 3 Abs. 1 S. 2 MedCanG	Änderung § 3 Abs. 1 S. 2 MedCanG
(1) [...] Die Verschreibung von den in § 2 Nummer 1 genannten Blüten darf nur nach einem persönlichen Kontakt zwischen einer Ärztin oder einem Arzt und der Patientin oder dem Patienten in der Arztpraxis oder im Hausbesuch erfolgen [...].	(1) [...] <b>Die für eine Patientin oder einen Patienten erste Verschreibung von den in § 2 Nummer 1 genannten Blüten erfolgt in der Regel in einem persönlichen Kontakt zwischen einer Ärztin oder einem Arzt und der Patientin oder dem Patienten in der Arztpraxis oder im Hausbesuch. Wird im Rahmen der strukturierten Ersteinschätzung nach § 9 Absatz 2 Anlage 31c BMV-Ä das Anliegen der Patientin oder des Patienten als</b>

	<p><b>für die Durchführung einer telemedizinischen Behandlung geeignet festgestellt, kann die erste Verschreibung von den in § 2 Nummer 1 genannten Blüten im Rahmen des ärztlichen Ermessens auch im Rahmen einer geeigneten telemedizinischen Behandlung durch eine in Deutschland zugelassene Ärztin oder zugelassenen Arzt erfolgen.</b></p>
--	--

## **2. Zu § 3 Abs. 1 S. 3 MedCanG (Art. 1 Ziff. 1 a)) des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes**

In § 3 Abs. 1 S. 3 MedCanG (Art. 1 Ziff. 1 a)) soll geregelt werden, dass bei Folgeverschreibungen von medizinischem Cannabis innerhalb der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt zwischen einer/m Ärztin/Arzt und der/m Patientin/en in derselben Arztpraxis oder im Hausbesuch stattgefunden haben muss.

Eine solche Einschränkung dient nicht dem Referentenentwurf zugrundeliegenden Zweck der Regulierung der festgestellten Inkongruenz zwischen der Menge von importiertem medizinischen Cannabis und der Anzahl der Cannabisverordnungen in der GKV. Es besteht die Gefahr, dass die vorgesehene Beschränkung auf dieselbe Arztpraxis die Versorgung der Patienten/innen mit notwendigen Medikamenten gefährdet und die Therapietreue beeinträchtigt. Auch hier halten wir eine Regelung, nach der Verordnungen von Medizinalcannabis nur von in Deutschland zugelassene Ärzten/innen vorgenommen werden dürfen, besser zur Erreichung des Zwecks geeignet. Dies gilt insbesondere deshalb, weil davon auszugehen ist, dass die in Deutschland zugelassenen Vertragsärzte/innen ihre berufs- und vertragsarztrechtlichen Vorgaben beachten und keine Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog als Selbstzahlerleistungen anbieten. Insofern könnte die Möglichkeit der Folgeverordnung im Rahmen einer Videosprechstunde es den Vertragsärzten/innen erleichtern, ihren Patienten/innen die notwendige Versorgung gemäß dem GKV-Leistungskatalog anzubieten. Zugleich gewährleisten die im Bundesmantelvertrag für Ärzte geregelten Qualitätskriterien für telemedizinische Leistungen ein hohes Maß an Patientensicherheit.

Vor diesem Hintergrund schlägt der SVDGV folgende Änderung vor:

aktueller Entwurf	Vorschlag SVDGV
§ 3 Abs. 1 S. 3 MedCanG	Änderung § 3 Abs. 1 S. 3 und S. 4 MedCanG
(1) [...] Für Folgeverschreibungen muss innerhalb der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt zwischen einer Ärztin oder einem Arzt und der Patientin oder dem Patienten in derselben Arztpraxis oder im Hausbesuch stattgefunden haben.	(1) [...] Für Folgeverschreibungen muss innerhalb der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt zwischen einer Ärztin oder einem Arzt und der Patientin oder dem Patienten in <b>der Arztpraxis oder im Hausbesuch oder ein Kontakt zwischen einer Ärztin oder einem Arzt und der Patientin oder dem Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde</b> stattgefunden haben. <b>Eine Folgeverschreibung kann telemedizinisch ausgestellt werden, sofern es sich um eine in Deutschland zugelassene Ärztin oder zugelassenen Arzt handelt und ein Nachweis einer Erstverordnung dokumentiert wurde.</b>

### 3. Zu § 3 Abs. 2 S. 2 MedCanG (Art. 1 Ziff. 1 b)) und § 25 Abs. 1 Nr. 2 (Art. 1 Ziff. 2) des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes

In § 3 Abs. 2 S. 2 MedCanG (Art. 1 Ziff. 1 b)) soll geregelt werden, dass Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken nicht im Wege des Versandes an den/die Endverbraucher/in abgegeben werden dürfen. Damit soll der Vertriebsweg des Versandhandels untersagt und im Rahmen des § 25 Abs. 1 Nr. 2 MedCanG unter Strafe gestellt werden.

Der SVDGV hält ein pauschales Verbot des Versandhandels mit Medizinalcannabis für nicht sachgerecht. Ein solches Verbot würde insbesondere Patienten/innen mit eingeschränkter Mobilität oder in strukturschwachen Regionen treffen und deren sichere Versorgung mit medizinischem Cannabis gefährden. Der Versandhandel ist im Arzneimittelbereich etabliert und ist auch bei Medizinalcannabis sicher umsetzbar. Entscheidend ist nicht der Vertriebsweg, sondern die ärztlich verantwortete Indikationsstellung. Zugangssicherheit muss Vorrang vor pauschalen Restriktionen haben.

Aus Sicht des SVDGV sollte daher zumindest eine Ausnahme für Fälle gelten, in denen Patienten/innen, für die eine Verschreibung von Medizinalcannabis vorliegt, eine Abgabe der Blüten auf dem Versandweg ausdrücklich wünschen oder ein anderer hinreichender Grund vorliegt. Insoweit

würde die Autonomie und Mündigkeit der Patienten/innen gestärkt und gleichermaßen in Ausnahmefällen eine Abgabe von Medizinalcannabis auf dem Versandweg zulässig.

Vor diesem Hintergrund schlägt der SVDGV folgende Änderung vor:

aktueller Entwurf	Vorschlag SVDGV
<b>§ 3 Abs. 2 S. 2 MedCanG</b>	<b>Änderung § 3 Abs. 2 S. 3 MedCanG</b>
<p>(2) [...] Für die in § 2 Nummer 1 genannten Blüten ist ein Inverkehrbringen im Wege des Versandhandels nach § 43 Absatz 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes nicht zulässig.</p>	<p>(2) [...] Für die in § 2 Nummer 1 genannten Blüten ist ein Inverkehrbringen im Wege des Versandhandels nach § 43 Absatz 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes nicht zulässig. <b>Satz 2 gilt nicht, wenn eine Patientin oder ein Patient, für die oder den eine Verschreibung der in § 2 Nummer 1 genannten Blüten vorliegt, eine Abgabe der Blüten im Versandweg wünscht oder ein sonstiger hinreichender Grund vorliegt.</b></p>
<b>§ 25 Abs. 1 Nr. 2 MedCanG</b>	<b>Änderung § 25 Abs. 1 Nr. 2 MedCanG</b>
<p>Nr. 2 [...] entgegen § 3 Absatz 1 Cannabis zu medizinischen Zwecken verschreibt, entgegen § 3 Absatz 2 Satz 1 Cannabis zu medizinischen Zwecken ohne ärztliche Verschreibung abgibt oder entgegen § 3 Absatz 2 Satz 2 die in § 2 Nummer 1 genannten Blüten im Wege des Versandes in Verkehr bringt oder entgegen § 3 Absatz 1 oder Absatz 3 Cannabis zu medizinischen Zwecken oder Cannabis zu medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlässt, [...]</p>	<p>Nr. 2 [...] entgegen § 3 Absatz 1 Cannabis zu medizinischen Zwecken verschreibt, entgegen § 3 Absatz 2 Satz 1 Cannabis zu medizinischen Zwecken ohne ärztliche Verschreibung abgibt <b>oder entgegen § 3 Absatz 2 Satz 2 die in § 2 Nummer 1 genannten Blüten im Wege des Versandes in Verkehr bringt</b> oder entgegen § 3 Absatz 1 oder Absatz 3 Cannabis zu medizinischen Zwecken oder Cannabis zu medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlässt, [...]</p>

Berlin, 31.07.2025

\*\*\*\*\*