

bloomwell

Jahresrückblick 2025

Das Cannabis Barometer

**Eine differenzierte Diskussion
eines angeblichen Missbrauchs
von Medizinalcannabis und Trends bei
medizinischen Cannabisblüten.**



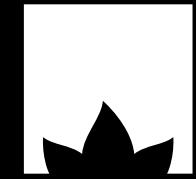


Vorwort von Dr. med. Julian Wichmann

CO-FOUNDER UND CEO BLOOMWELL GMBH

Dem vom Gesundheitsministerium ausgearbeiteten Gesetzesentwurf zur Änderung des MedCanG liegt ein pauschaler Missbrauchs-Verdacht ohne wissenschaftliche Basis zugrunde. Selbst Befürworter einer progressiven Cannabis-Regulierung haben diese Formulierung übernommen, ohne deren Herleitung kritisch zu hinterfragen. Und dies obwohl sich die bewährten Standards in der Medizin bei Medikamenten-Missbrauch seit Jahrzehnten an einem klaren Kriterienkatalog orientieren. Solche Kataloge verfolgen in erster Linie den Ansatz, den gesundheitlichen Schaden, Folgen auf die Lebensqualität und Abhängigkeiten in Folge der Einnahme von Substanzen für die Betroffenen zu berücksichtigen. Folgt man dieser in der Medizin allgemein anerkannten Logik, steht eine Zunahme ärztlich ausgestellter Privatrezepte für Medizinalcannabis in keinem direkten Zusammenhang mit einem möglichen Missbrauch. Denn dieser Anstieg ist schnell erklärt: Patient:innen in Deutschland suchen gezielt die nun vereinfachte ärztliche Verschreibung für ein Präparat, was ihnen zuverlässig Lebensqualität zurückgibt. Vielmehr steht bei medizinischem Cannabis die Frage im Raum, ob dessen Verordnung angesichts vergleichsweise geringerer Nebenwirkungen zumindest vor der Verordnung eines Betäubungsmittels von Haus- und Fachärzt:innen nicht eher viel häufiger als Therapieoption in Betracht gezogen werden müsste. Denn die Schäden, die durch Abhängigkeit von anderen Medikamenten in Deutschland entstehen, sind erheblich. Sie liegen aber, anders als die stigmatisierende Debatte es suggeriert, nicht an Medizinalcannabis.

Denn versucht man anhand der anerkannten Leitlinien einen Missbrauch von Medizinalcannabis jenseits der offensichtlich gestiegenen Importvolumina und privatärztlichen Verschreibungen zu belegen, so lassen sich hierfür keine Anzeichen finden: Die Zahl der insgesamt Cannabis-Nutzenden ist durch die Cannabis-Telemedizin nicht signifikant gestiegen. Wenig verwunderlich, da viele Patient:innen sich bereits im Vorfeld ohne jegliche ärztliche Begleitung trotz vorliegender Indikation selbst therapierten – was immer mehr Studien belegen. Diese Patient:innen sind nun auf einen legalen, sicheren Zugang gewechselt. Das MedCanG hat auch die Zahl der Nutzenden mit kritischer (fast) täglicher Cannabis-Nutzung nicht ansteigen lassen. Ebenso fehlen jegliche Daten, die darauf hindeuten, dass durch die Herausnahme aus dem MedCanG Cannabis bedingte Hospitalisierungen oder psychische Störungen angestiegen sind. Kurzum: Folgt man der in Fachkreisen anerkannten Definition von Missbrauch, lässt sich dieser im Fall von Medizinalcannabis schlichtweg nicht belegen. Statt möglicher Schäden für die Volksgesundheit sind durch die Vermeidung von Verschreibung von Opiaten und anderen potentiell gefährlichen Medikamenten sogar positive Effekte sichtbar. Und damit fällt das vom BMG konstruierte Kartenhaus nicht nur gänzlich in sich zusammen, der genaue Blick zeigt sogar, dass das BMG mit der vorliegenden Fassung Missbrauch eher fördern, denn verhindern würde.



bloomwell

Das Cannabis Barometer

Kapitel 1

Eine differenzierte Diskussion eines
angeblichen Missbrauchs von
Medizinalcannabis



1

„Missbrauch“ gemäß anerkannter Definitionen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit ICD-10 („International Classification of Diseases, 10. Version“) ein System zur Klassifizierung von Krankheiten, Symptomen, Verletzungen und gesundheitsbezogenen Problemen entwickelt. Sie unterscheidet unter anderem zwischen einer akuten Intoxikation, einem schädlichen Gebrauch, Entzugssyndromen und psychotischen Störungen. Abgelöst wird ICD-10 in den kommenden Jahren in Deutschland durch den international bereits gültigen ICD-11.

Als weiteres Standardwerk zur Diagnose von psychischen Erkrankungen gilt die fünfte Auflage des von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebenen „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5). Während der Vorläufer, DSM-IV noch zwischen Substanzmissbrauch und -abhängigkeit unterschieden hat, fasst DSM-5 dies in einer einzigen Kategorie als „Substanzgebrauchsstörung“ zusammen.

Dazu zählen die beeinträchtigte Kontrolle, soziale Beeinträchtigungen, ein riskanter Gebrauch oder pharmakologische Kriterien wie Entzugserscheinungen. Die Analyse der Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) zur Verbreitung von Missbrauch erfolgt noch gemäß DSM-IV.

Das BMG begründet seinen Missbrauchs-Verdacht mit einer stark gestiegenen Importmenge insbesondere aufgrund von telemedizinisch verordneten Privatrezepten. Diese Argumentation entspricht in keiner Weise der gängigen Definition und Klassifizierung in medizinischen Fachkreisen in Deutschland.

2

Auswirkungen der Herausnahme aus dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) von Medizinalcannabis

Legt man die in Fachkreisen anerkannten Kriterien zugrunde, müsste ein potenzieller Missbrauch von medizinischem Cannabis zu einem merkbaren Anstieg an Cannabis bedingten Intoxikationen, psychischen Störungen oder zumindest zu einer Zunahme von durch Medizinalcannabis-Einnahme bedingten Hospitalisierungen oder Krankmeldungen geführt haben. Für solche Auswirkungen gibt es keine Anzeichen. Auch wenn sich der erste Zwischenbericht der Evaluation auf das Konsum-Cannabisgesetz (KCanG) fokussiert, hätten solche Szenarien den Wissenschaftlern auffallen müssen. Sie kommen aber vielmehr zu dem Fazit, dass nach der Gesetzesänderung „kein dringender Handlungsbedarf“ erforderlich ist.

So heißt es im Zwischenbericht Ende September 2025, dass die Ergebnisse nicht darauf hindeuten, dass „das KCanG im ersten Jahr nach Inkrafttreten eine erhebliche Zunahme des Konsums unter Erwachsenen zur Folge hatte.“ **Auch das Medizinalcannabis-Gesetz (MedCanG) hat also nicht dazu geführt, dass in Deutschland mehr Menschen Cannabis zu sich nehmen als vor dem ersten April.**

So ist laut ESA die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums von 2012 (4,6 %) bis 2021 (8,8 %) kontinuierlich gestiegen. Für 2024 haben die Autoren (Hoch et al., 2025) mit 9,8 % zwar einen weiteren Anstieg im Vergleich zu 2021 beobachtet, den sie aber als „statistisch nicht signifikant“ bezeichnen. Vielmehr setzt sich ein bereits bestehender Trend langsam fort, ohne durch die neue Gesetzgebung beeinflusst worden zu sein.

Hinsichtlich eines ebenso vereinzelt propagierten „risikobehafteten Konsums“ berücksichtigt EKOCAN (fast) tägliche Konsument:innen. Die Autoren konnten keinen kausalen Einfluss des Gesetzes auf einen solch hochfrequenten Konsum und ein hohes Konsumrisiko feststellen. Laut ESA ist der Anteil der „starken“ Cannabis-Nutzenden von 2021 (17,3 Prozent aller befragten Cannabis-Nutzenden) bis 2024 sogar auf 16,2 Prozent gesunken. Der ESA rechnet für 2024 auf Basis der Datensätze von 7.534 Personen zwischen 18–64 Jahre Prävalenzwerte für Tabak, Alkohol, Cannabis, illegale Drogen und Medikamente für die deutsche Wohnbevölkerung hoch.

3

(Selbst)medikation unter Cannabis-Nutzer:innen in Deutschland

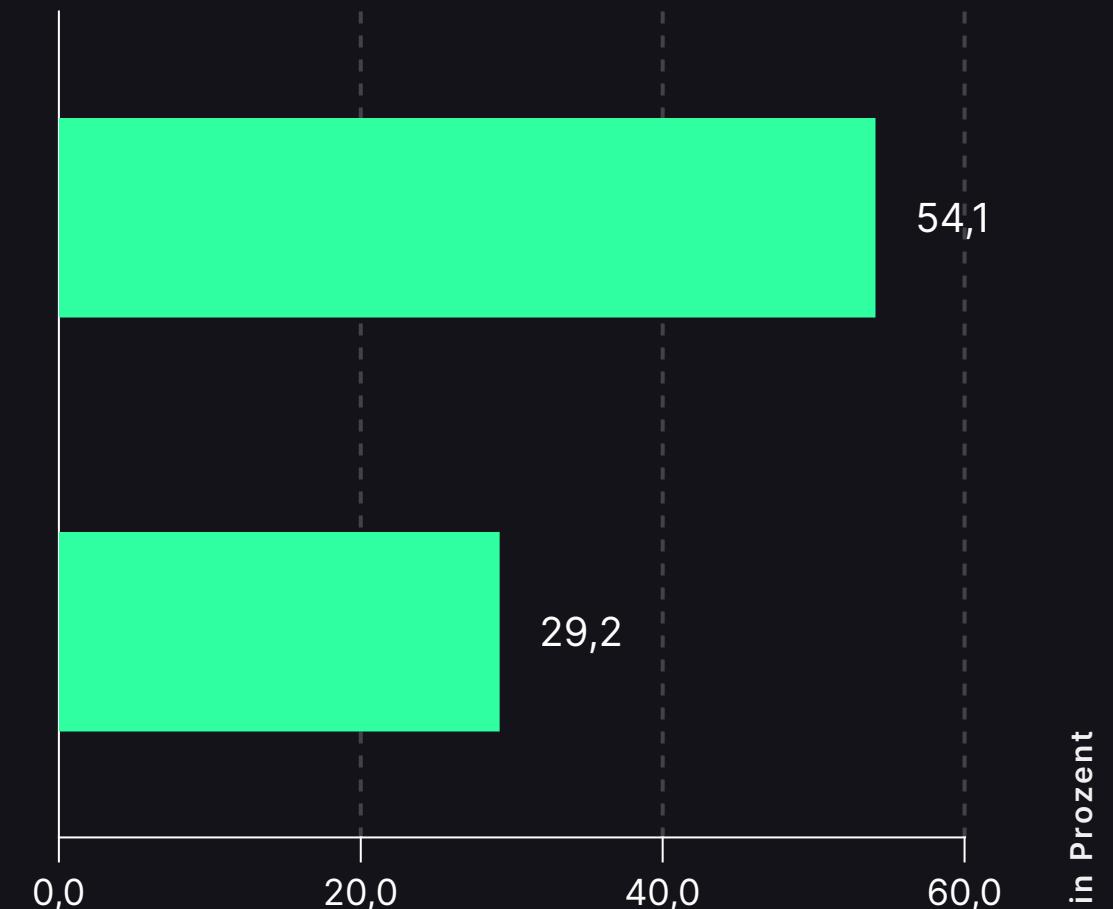
Immer mehr wissenschaftliche Studien und Umfragen kommen zu dem Ergebnis, dass Cannabis-Nutzer:innen in signifikanter Zahl medizinische oder gesundheitliche Motive verfolgen, auch wenn sie Cannabis aus illegalen Quellen beziehen oder selber anbauen.

In einer nicht-repräsentativen Online-Umfrage des Instituts für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences sowie der Evangelischen Hochschule Freiburg unter 11.375 Erwachsenen, die wöchentlich oder täglich Cannabis konsumieren, gaben 54,1 Prozent explizit an, Cannabis aus „medizinischen Gründen“ zu nehmen. Allerdings nennen nur 29,2 Prozent die Apotheke als ihre hauptsächliche Bezugsquelle.

In einer repräsentativen Online-Umfrage von CINT im Auftrag der Bloomwell Group unter mehr als 1.000 Cannabis-Nutzenden in Deutschland gaben im Sommer 2024 94,4 Prozent mindestens ein gesundheitliches oder medizinisches Motiv an (u.a. Stressmanagement, Schmerzen, Schlafstörungen).

Umfrage

Unter 11.375 Erwachsenen, die wöchentlich oder täglich Cannabis zu sich nehmen.



Quelle: Steimle et al. (August 2025): Veränderungen für Konsumierende von Cannabis durch das Cannabisgesetz.

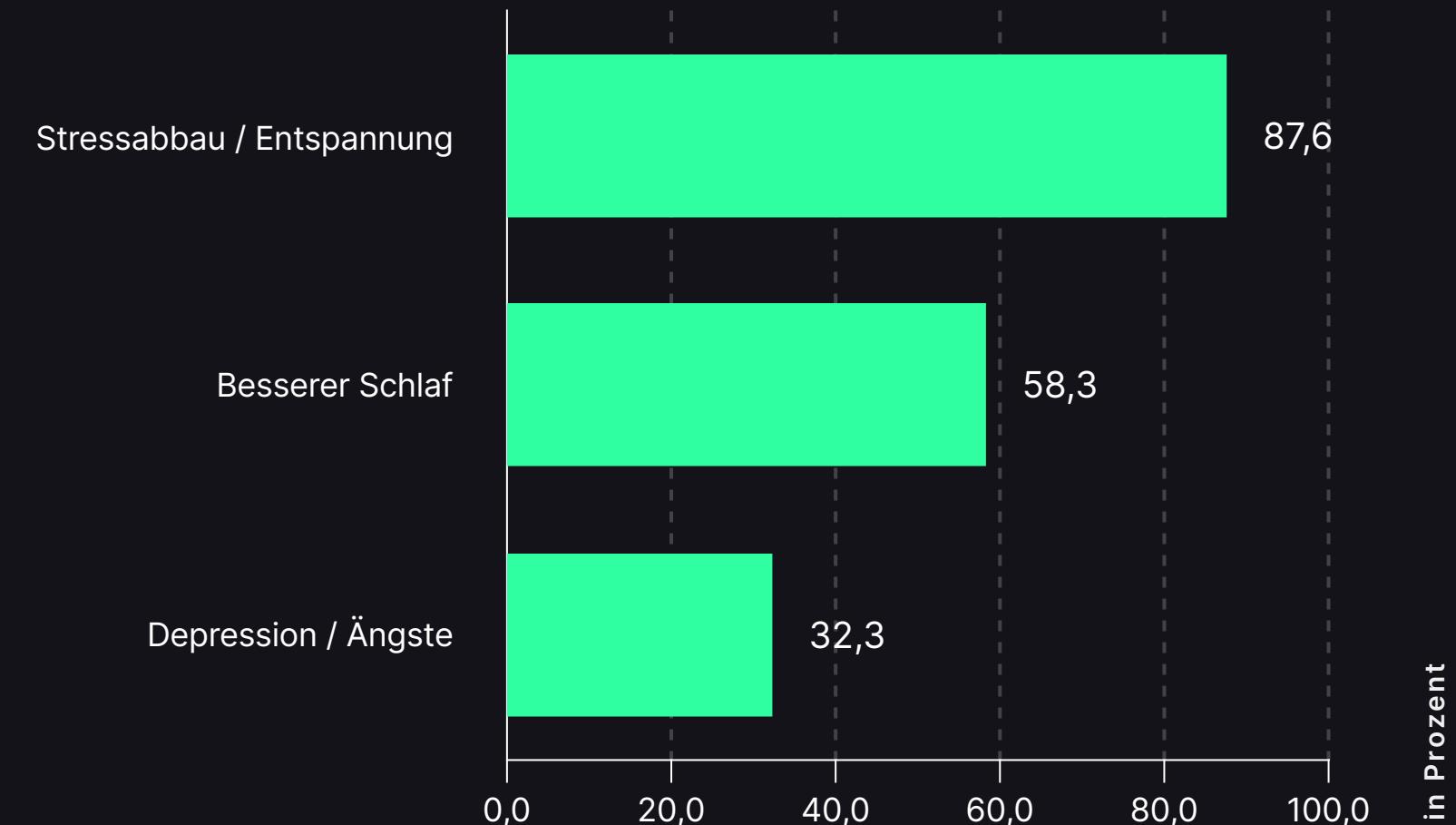
n = 11.375

Laut ESA gaben unter den regelmäßig bzw. stark Cannabis-Konsumierenden 87,6 Prozent Stressabbau / Entspannung als Motiv an, 58,3 Prozent besseren Schlaf und 32,3 Prozent nannten Depressionen oder Ängste. Indikationen wie „Schmerzen“ wurden nicht abgefragt.

Hunderttausende Patient:innen, die sich zuvor teils Jahrzehnte illegal versorgt und selbst therapiert haben, sind seit dem ersten April 2024 über digitale Plattformen in die legale ärztlich begleitete Therapie gewechselt und erhalten seitdem medizinisches Cannabis in geprüfter pharmazeutischer Qualität aus der Apotheke.

Die Differenz zwischen den steigenden Patientenzahlen und den kassenärztlichen Verschreibungen für Medizinalcannabis lässt sich trotz multifaktorieller Ursache relativ einfach erklären: Niedergelassene Ärzte verschreiben sehr selten oder grundsätzlich nicht Cannabispräparate. In einer DocCheck-Umfrage unter 500 Hausärzten war nur ein Fünftel bereit, in einem Fallbeispiel einem typischen Schmerzpatienten auf dessen Wunsch medizinisches Cannabis zu verordnen, ohne zuvor auf einen Therapieversuch mit einem Betäubungsmittel zu bestehen. Zusätzlich berichten Patient:innen von Unbehagen, das Thema überhaupt bei niedergelassenen Ärzten anzubringen – und letztlich doch hierfür abgelehnt zu werden. Denn sowohl in Patientenforen als auch in der erwähnten DocCheck Umfrage zeigt sich, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht nur Opiate bevorzugt verschreiben würden, sondern häufig sogar als verpflichtende Voraussetzung für eine eventuelle nachgelagerte Cannabistherapie ansehen. Hier zeigt sich die mitunter schwierige Position von Medizinalcannabis fernab von Leitlinien und als eine häufig von Patient:innen initiativ vorgeschlagene Therapieform, die in Arztpraxen scheinbar auf Argwohn und Ablehnung stößt.

Motive von Menschen, die Cannabis regelmäßig / stark konsumieren oder einnehmen (Auswahl)



Quelle: Hoch et al. (2025): Cannabiskonsum vor und nach der Teillegalisierung.

Erste Trends, Konsummuster und Motive. In: Deutsches Ärzteblatt.

n = 7.534

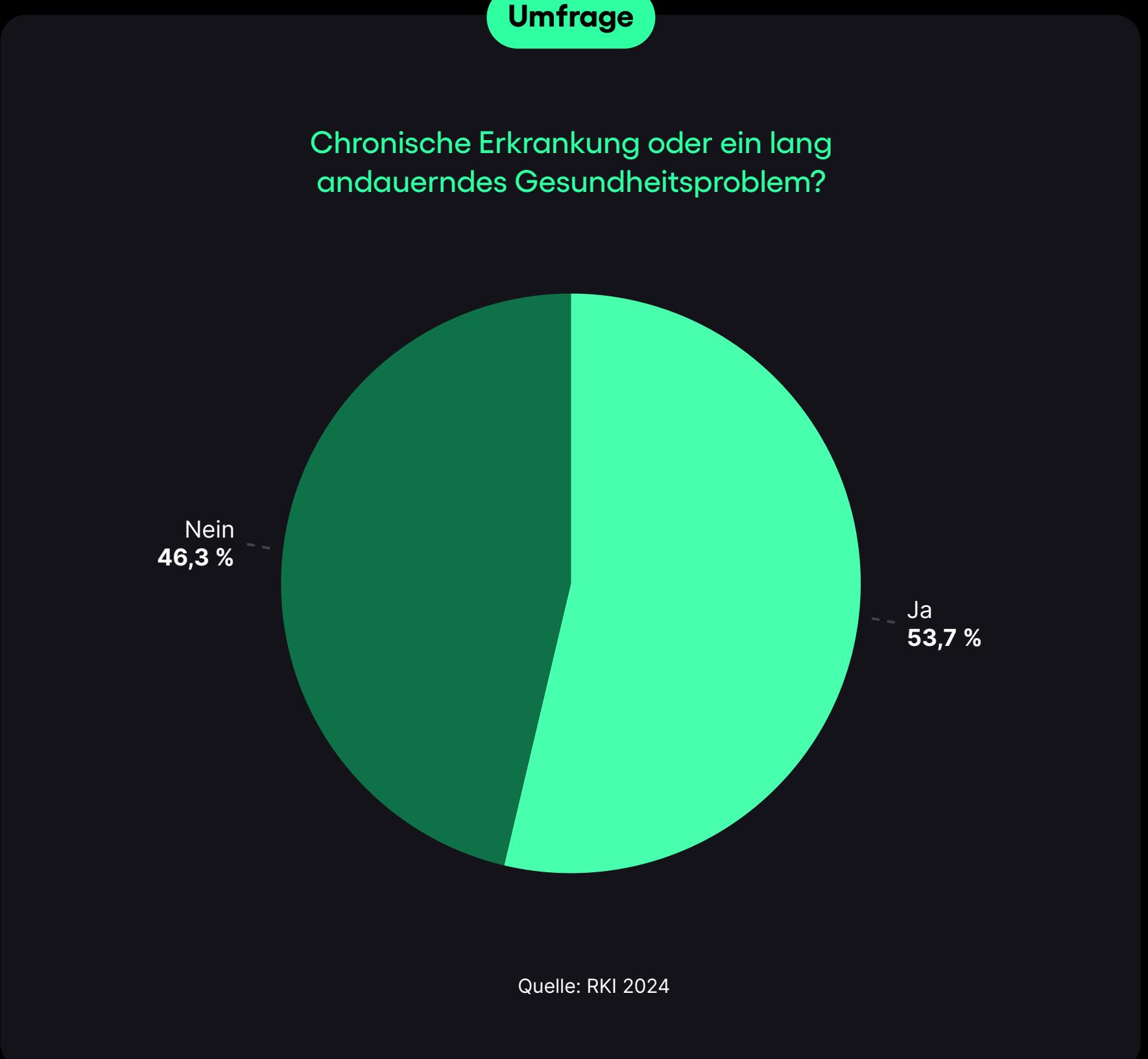
4

Nutzen von medizinischen Cannabis

Laut [Robert Koch Institut](#) gab 2024 53,7 Prozent der Erwachsenen eine chronische Erkrankung oder ein lang andauerndes Gesundheitsproblem an – Tendenz steigend. Zu den typischen Volkskrankheiten zählen viele Indikationen, bei denen medizinisches Cannabis eingesetzt werden kann.

Unter anderem gaben 2024 in einer repräsentativen Umfrage der Pronova BKK unter 2.000 Erwachsenen in Deutschland 22 Prozent Befragten an, verschreibungspflichtige Schlafmittel einzunehmen. Hochgerechnet sind dies mehr als zehn Millionen Menschen ([Schlafstudie, Oktober 2024](#)).

Laut [Deutscher Schmerzgesellschaft \(DGS\)](#) sind mehr als zwölf Millionen Menschen von chronischen Schmerzen betroffen. Aber auch bei Morbus Crohn, Migräne, ADHS, Angststörungen, chronischen Depressionen, begleitend zur Chemotherapie und vielen chronisch-entzündlichen Syndromen kann medizinisches Cannabis eine Therapieoption darstellen.



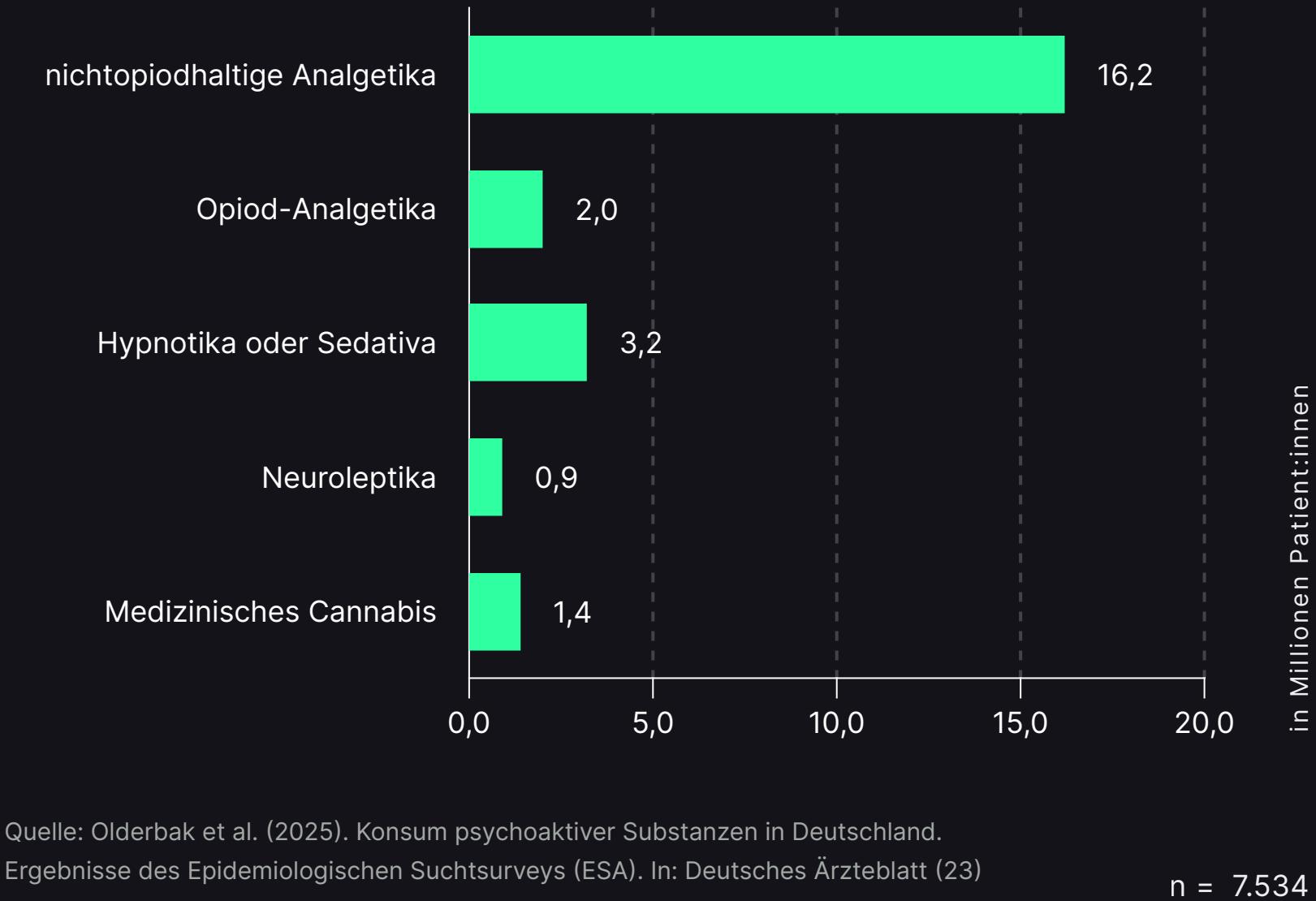
Angesichts der hohen Zahl dieser chronischen Erkrankungen, bei denen medizinisches Cannabis eine Therapieoption darstellen kann, relativiert sich der Anstieg derjenigen, die hierzulande inzwischen medizinisches Cannabis aus der Apotheke erhalten. Basierend auf den ESA-Zahlen rechnen Olderbak et al. hoch, dass in Deutschland 2024 etwa 1,39 Millionen Menschen medizinisches Cannabis eingenommen haben (30 Tage Prävalenz).

Laut Betäubungsmittelgesetz (BtMG) dürfen Ärzt:innen ein Betäubungsmittel sogar erst verschreiben, wenn ihre Anwendung begründet ist. Im BtMG heißt es weiterhin: „**Die Anwendung ist insbesondere dann nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann.**“ Da medizinisches Cannabis angesichts der vergleichsweise geringen Nebenwirkungen seit erstem April 2024 nicht mehr als Betäubungsmittel verordnet wird, müssten es Haus- und Fachärzt:innen in vielen Fällen daher vor der Verordnung als Alternative zu einem BtM zumindest in Betracht ziehen. Tatsächlich waren in einer DocCheck-Umfrage unter 500 Hausärzt:innen aber nur ein Fünftel bereit in einem Fallbeispiel mit einem typischen Schmerzpatienten, diesem auf dessen Wunsch medizinisches Cannabis zu verordnen, ohne vorher auf eine Therapie mit opioidhaltige Medikamente zu bestehen.

Auch in Relation zur Verbreitung anderer Medikamente relativiert sich der Anstieg der Importe von medizinischem Cannabis. Insgesamt nahmen hochgerechnet 20,9 Millionen Menschen mindestens einmal monatlich eines der folgenden Medikamente.

Umfrage

**30-Tage-Präverenz der Medikamenteneinnahme.
Hochrechnung laut ESA auf die 18 bis 64-jährige Bevölkerung (Auswahl)**



5

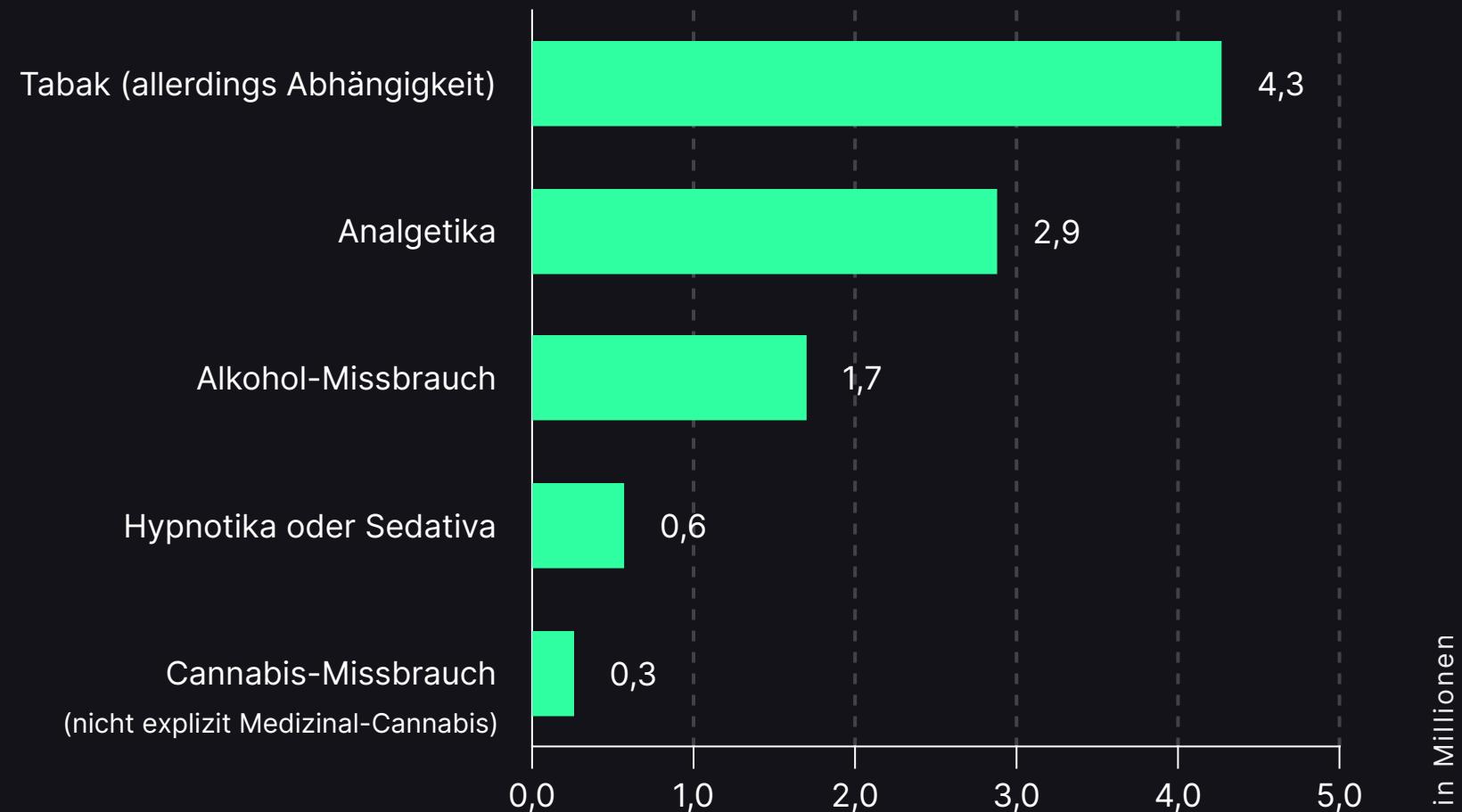
Echter Missbrauch verschiedener Substanzen

Missbrauch ist in Deutschland weit verbreitet. Auch Cannabis nehmen Menschen in Deutschland missbräuchlich ein. Bei der Auswertung der ESA-Ergebnisse orientieren sich Olderbak et al. an der Definition nach DSM-IV, berücksichtigen also insbesondere gesundheitsschädigende oder in anderer Form schädliche Folgen. Allerdings erheben die Autoren keinen gesonderten Missbrauch für medizinisches Cannabis. Vielmehr scheint es so, dass gerade die Einnahme unkontrollierter Produkte auf dem illegalen Markt eine missbräuchliche Einnahme begünstigen kann. Zudem relativiert sich der Missbrauch von Cannabis ganz grundsätzlich mit Blick auf die Verbreitung anderer missbräuchlich eingenommener Substanzen.

Gerade verschreibungspflichtige Schlafmittel (Hypnotika oder Sedativa) sowie Schmerzmittel (Analgetika) scheinen ein besonders hohes Missbrauchs-Potenzial gemäß DSM-IV zu bergen. In vielen Fällen, in denen eine Therapie mit diesen Medikamenten ärztlich begleitet begonnen wird, kann medizinisches Cannabis eine Therapieoption mit vergleichsweise geringen Nebenwirkungen bieten – und damit das Risiko eines folgenden Missbrauchs womöglich sogar reduzieren.

Umfrage

Hochgerechneter Missbrauch substanzbezogener Störungen nach DSM-IV laut ESA (Auswahl)



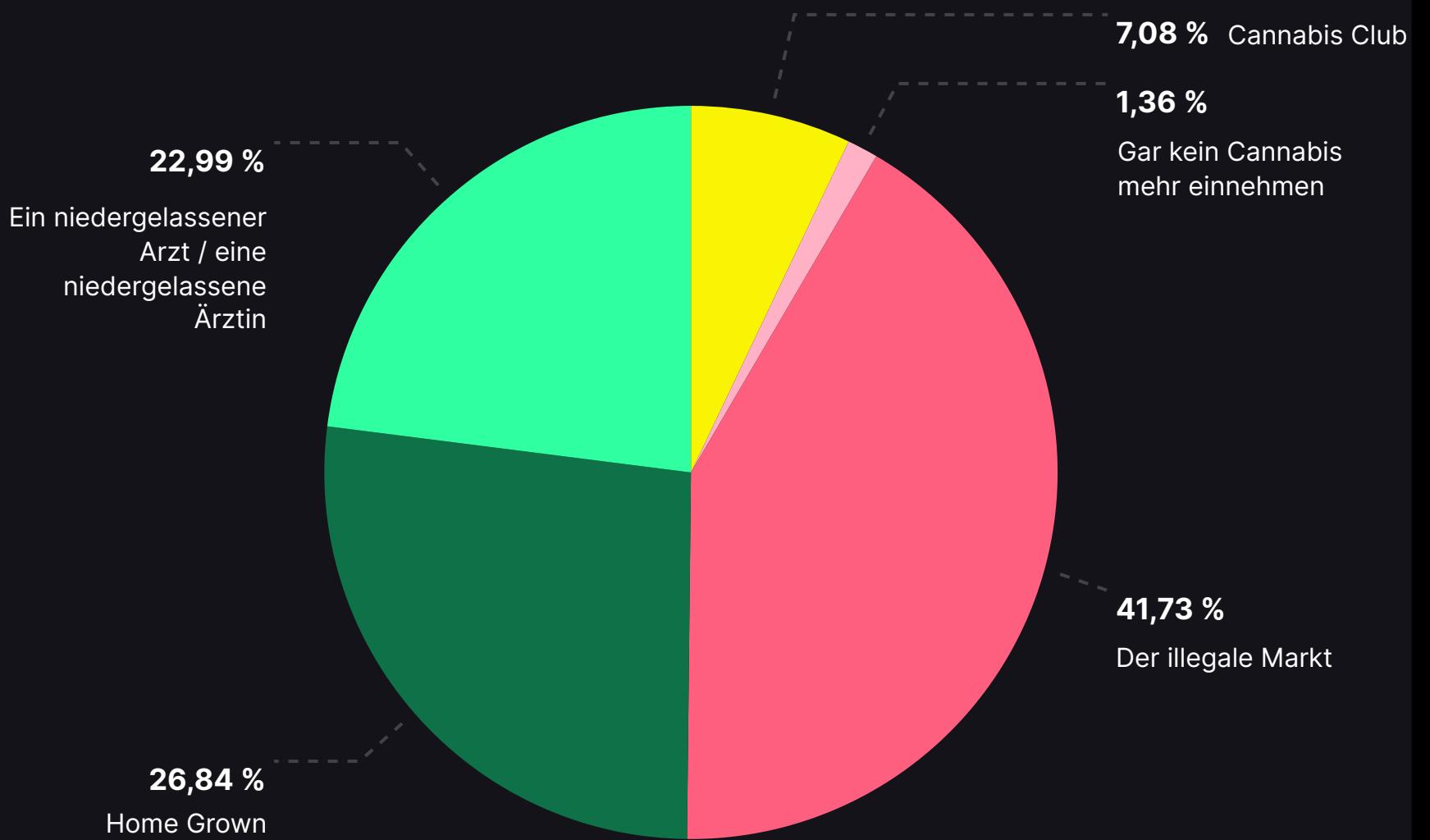
Quelle: Olderbak et al. (2025). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA). In: Deutsches Ärzteblatt (23)

n = 7.534

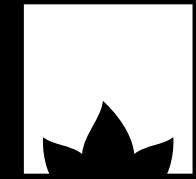
Mit Blick auf den immer noch starken illegalen Markt, würde eine Beschränkung der Cannabis-Telemedizin ohnehin dafür sorgen, dass nicht weniger Menschen Cannabis missbräuchlich einnehmen, sondern dass sie stattdessen wieder in illegale Strukturen gedrängt werden und das Missbrauchsrisiko angesichts der oft verunreinigten Produkte dort zunimmt. So gaben in einer Umfrage im Juni 2025 unter 2.571 Cannabis-Patient:innen 41,73 Prozent an, wieder in den illegalen Markt zurückzukehren, sollte die Cannabis-Telemedizin beschränkt werden. Lediglich 1,36 Prozent zogen in Betracht, kein Cannabis mehr einzunehmen. Legt man die in Fachkreisen angesehenen Standards für Missbrauch zugrunde, würde eine Beschränkung der Cannabis-Telemedizin Missbrauch eher fördern als verhindern.

Auch die im derzeitigen Entwurf vorgesehene restriktive Ungleichbehandlung im Vergleich zu anderen verschreibungspflichtigen Medikamenten, die teils unter das BtMG fallen und deutlich häufiger missbräuchlich eingenommen werden, ist nicht nachvollziehbar – zumal für andere Medikamente anders als im Fall von Cannabis kein flächendeckender Zugang über illegale Akteure besteht.

Was wäre ohne den digitalen Zugang zu medizinischen Cannabis deine hauptsächliche Alternative?



Quelle: Das Cannabis-Barometer – Folgen einer Beschränkung der Cannabis-Telemedizin
(Bloomwell Group GmbH, Juli 2025)



bloomwell

Das Cannabis Barometer

Kapitel 2

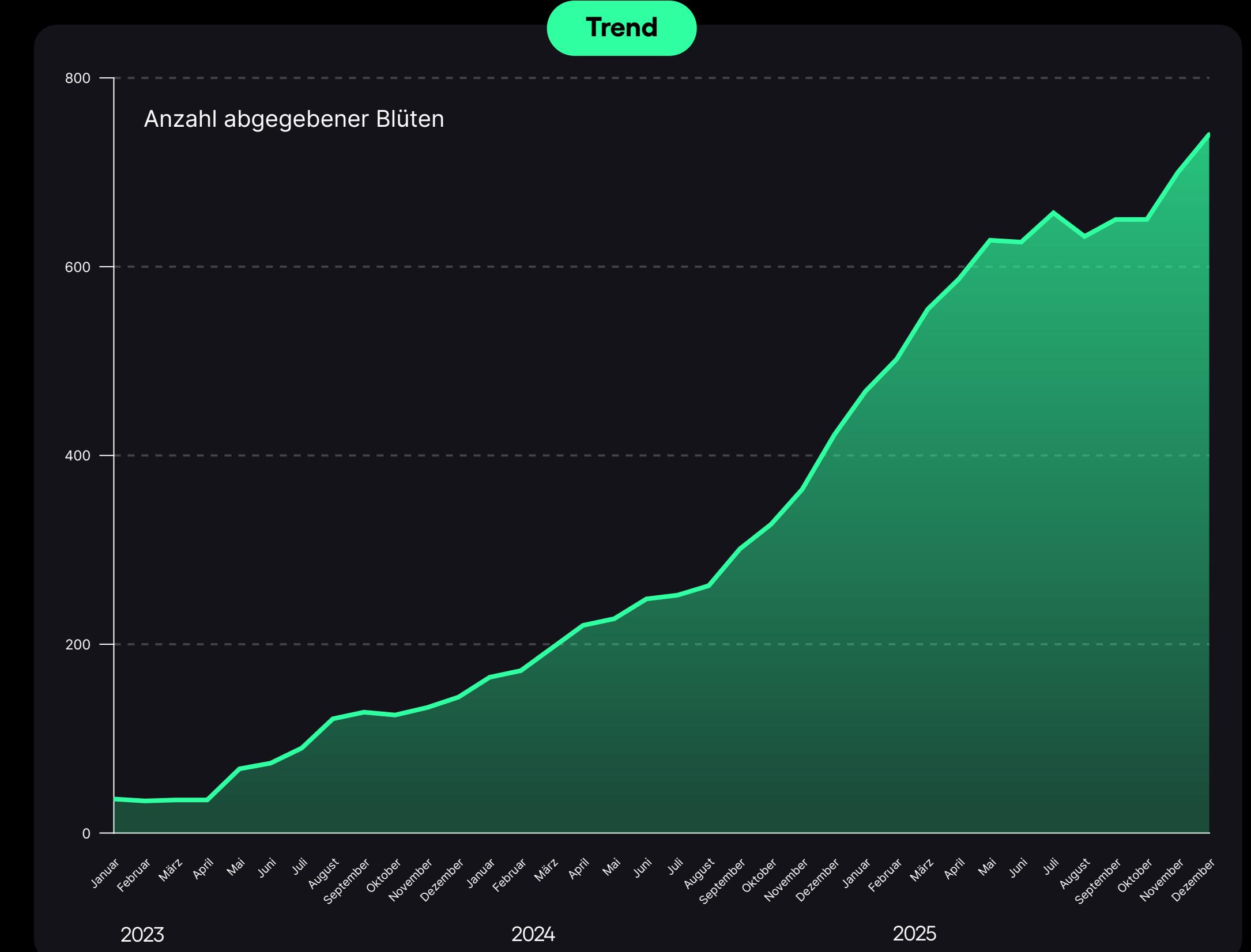
Trends bei Cannabis- Blüten 2025



1

Anzahl verschiedener Produkte

Ungeachtet der Debatten um eine Anpassung des MedCanG mit den damit verbundenen Unsicherheiten haben immer mehr Produkte Zugang auf den deutschen Markt gefunden. Im vierten Quartal waren über 720 Produkte hierzulande verfügbar. Zu Jahresbeginn waren es noch weniger als 470. Diese Produktvielfalt würde im Falle eines Versandverbots eine zuverlässige, flächendeckende Versorgung deutlich erschweren. Schließlich haben sich nur etwa 250 Apotheken in Deutschland wirklich auf Cannabis spezialisiert. Ein Bruchteil der Apotheken lagert über 50 Sorten, wie eine Aposcope-Umfrage unter Apotheken in Deutschland im August 2025 gezeigt hat. Einige hunderttausend Cannabis-Patient:innen müssten daher lange Anfahrtswege und Wartezeiten in Kauf nehmen, um die ihnen von Ärzt:innen verordnete Sorte in einer lokalen deutschen Apotheke überhaupt zu erhalten.

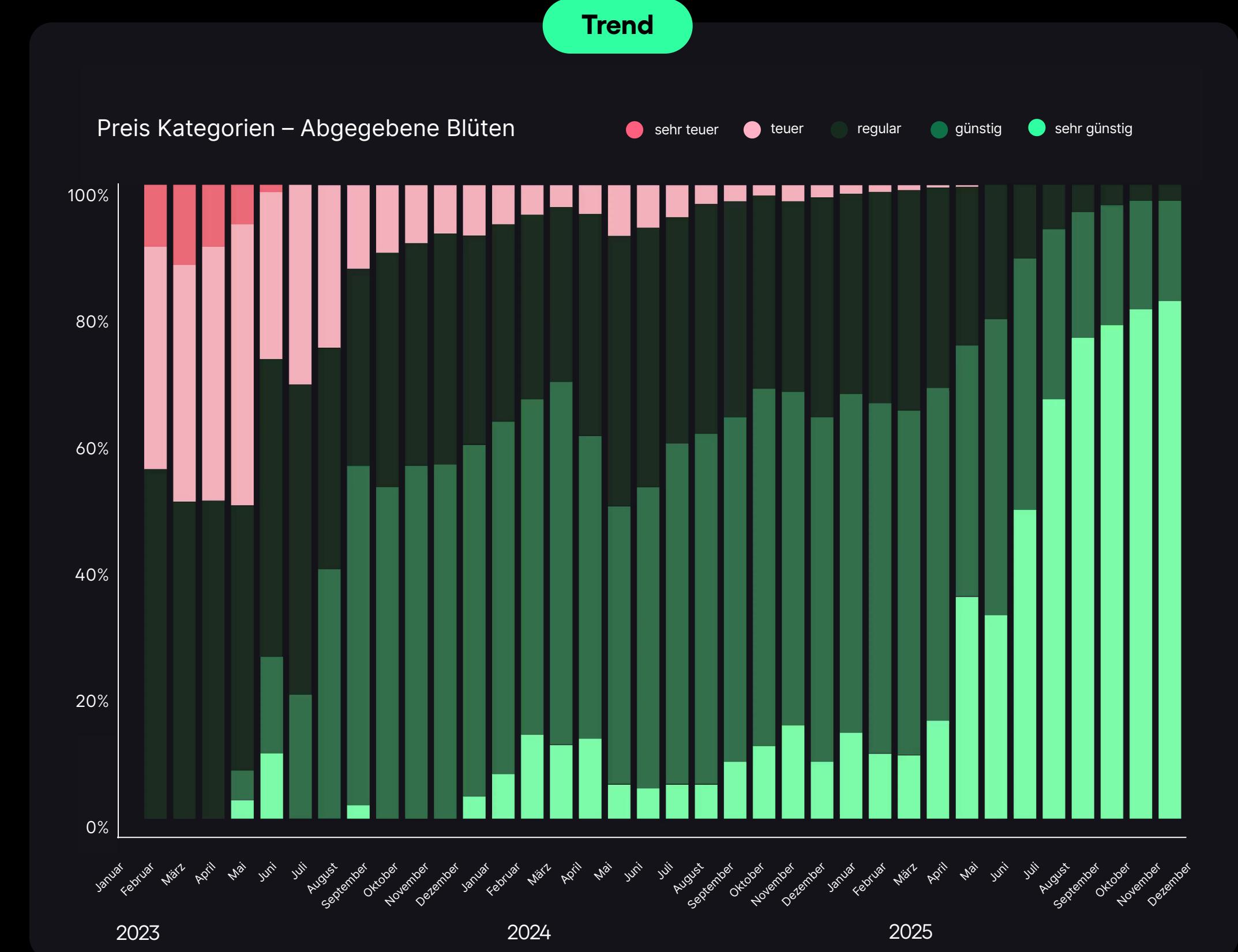


2

Der Anteil sehr günstiger Blüten steigt auf knapp 80 Prozent

In nicht einmal zwei Jahren sind sehr teure und teure Blüten ab zwölf Euro je Gramm fast gänzlich aus dem Sortiment der Apotheken verschwunden. Sehr günstige Blüten mit Preisen unter sechs Euro je Gramm machen inzwischen fast 80 Prozent aus. Zu Jahresbeginn lag ihr Anteil noch bei gut 14 Prozent. Der digitale Zugang ist damit inzwischen so effektiv, dass sich die Gesamtkosten der Therapie für Patient:innen in der Regel auf 30 bis 50 Euro monatlich belaufen. Auch diese Entwicklung hat zu einer gestiegenen Akzeptanz der Cannabis-Therapie unter Patient:innen geführt.

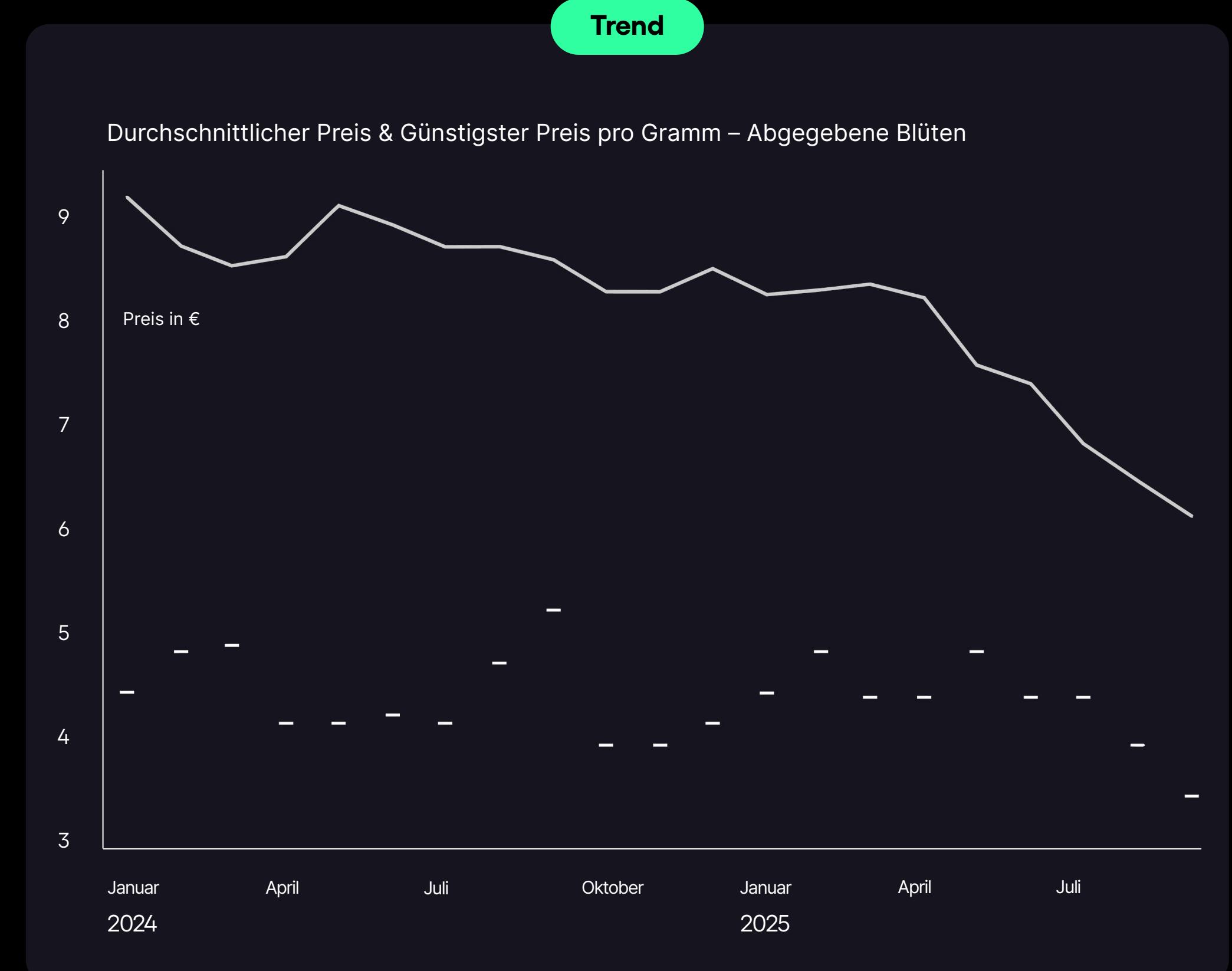
< 6,00 €/g (Sehr günstig)
> = 6,00 bis < 9,00 €/g (Günstig)
> = 9,00 bis < 12,00 €/g (Regulär)
> = 12,00 bis < 15,00 €/g (Teuer)
> = 15,00 €/g (Sehr Teuer)



3

Preisnachlässe erreichen die Patient:innen

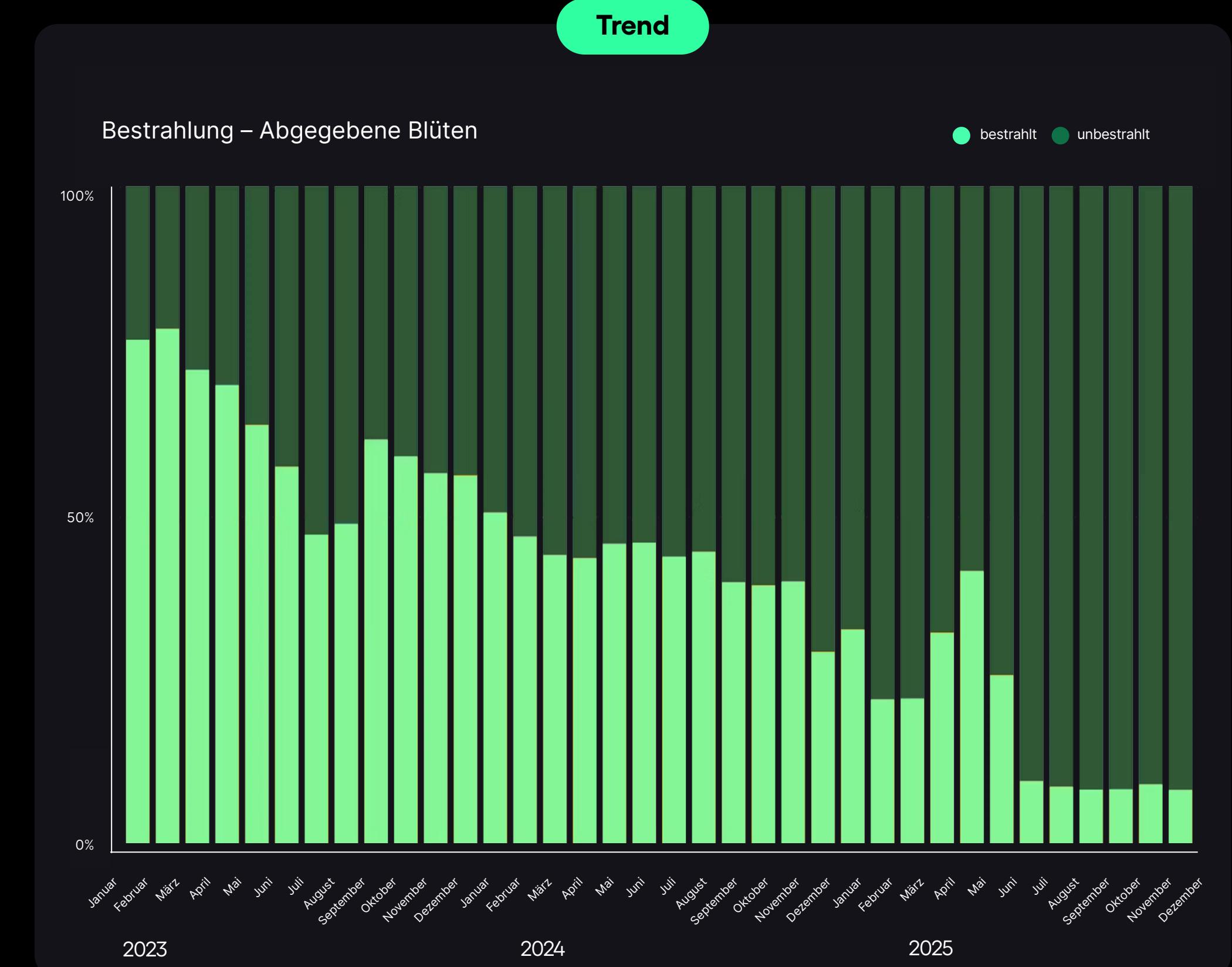
Im Laufe von 2025 ist der Durchschnittspreis von über acht auf 5,23 Euro gefallen. Importeure, Großhändler und Apotheken geben sinkende Preise an Patient:innen weiter, die als Selbstzahlende schlussendlich von einem günstigen Therapiezugang profitieren, ohne die Kassen zusätzlich zu belasten. Dies fällt umso stärker ins Gewicht, als dass Apotheken den gesetzlichen Krankenkassen bei einer vorliegenden Kostenübernahme bis zu 19,04 Euro je Gramm berechnen, zusätzlich zu den Kosten beim behandelnden Arzt / Ärztin. Auch dieser Vergleich zeigt, wie effektiv und zuverlässig die telemedizinische Versorgung mit Medizinalcannabis heutzutage funktioniert – und dass eine Digitalisierung des Gesundheitssystems insbesondere den Patient:innen zugute kommt. Entsprechend kommt eine [Studie des Institute of Policy Evaluation](#) zu dem Ergebnis, dass ohne die Cannabis-Telemedizin und den Versand durch spezialisierte Apotheken den GKV Mehrkosten von 2,9 Milliarden Euro pro Jahr entstehen könnten.



4

Präferenz für unbestrahlte Blüten hält an

Im vierten Quartal 2025 bevorzugten Patient:innen unbestrahlte Blüten. Von Juli bis Dezember belief sich ihr Anteil bei rund 90 Prozent.



5

THC-Anteil

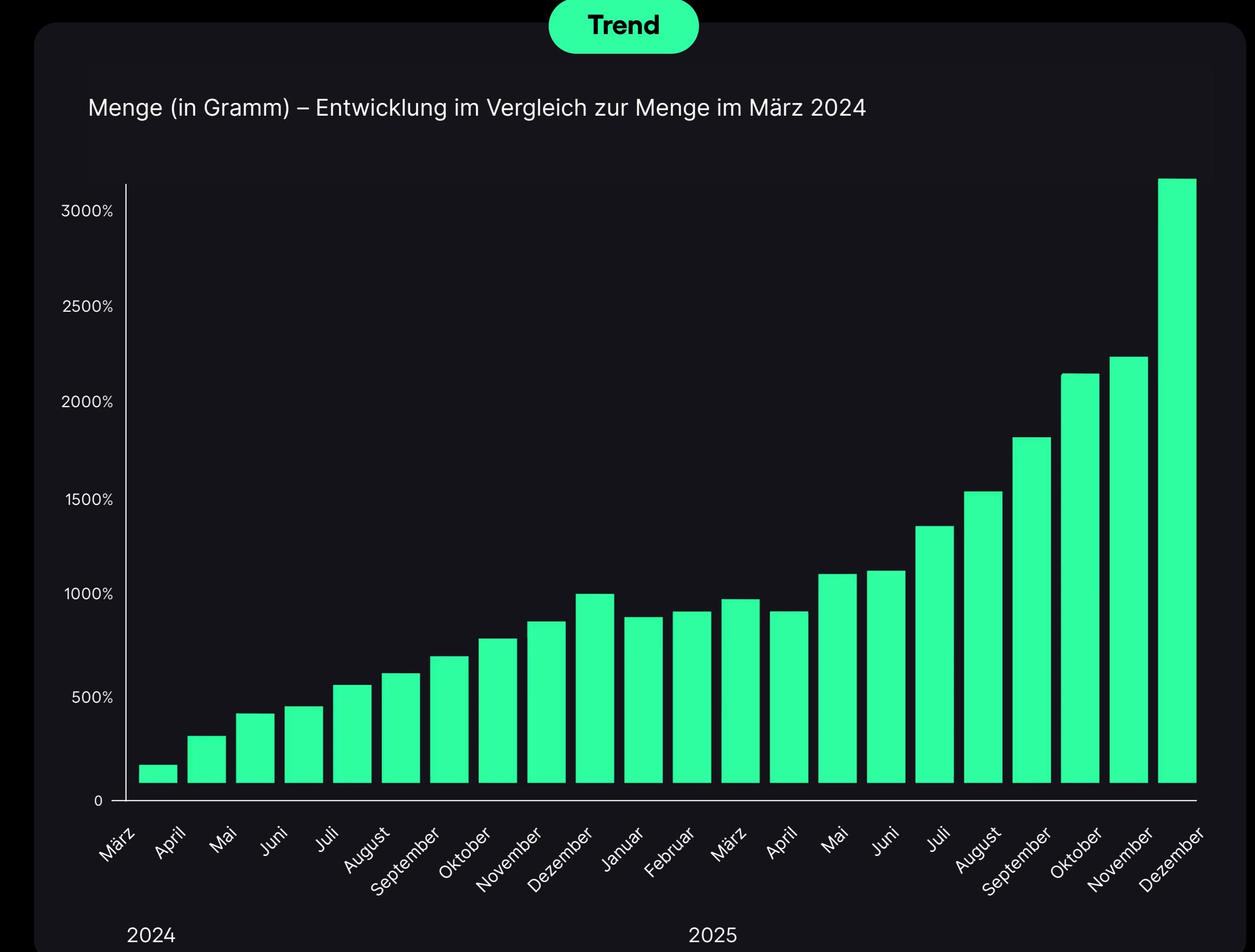
Im Oktober und November 2025 setzte sich zunächst der Trend fort und der THC-Anteil lag bei etwa der Hälfte der abgegebenen Blüten bei über 25 Prozent. Im Dezember legten dann aber Blüten mit einem THC-Gehalt zwischen 20 und 25 Prozent zu. Dies spiegelt sich auch im durchschnittlichen THC-Gehalt wider, der im Dezember signifikant fiel. Insgesamt zeigt das Bild, dass sich Patient:innen auf einen THC-Gehalt ab 20 Prozent eingestellt haben.



6

Zahl der verordneten Menge steigt um über 3.300 Prozent verglichen mit März 2024

Im Dezember 2025 erreichte die Zahl der eingegangenen Verordnungen ein Allzeithoch. Im Vergleich zu März 2024, dem letzten Monat vor der Herausnahme von medizinischem Cannabis aus dem BtMG, lag die Zahl der verordneten Menge mehr als 3.300 Prozent höher. Damit droht hunderttausenden Patient:innen im Falle einer Beschränkung der Cannabis-Telemedizin und angesichts der bestehenden Vorbehalte unter Haus- und Fachärzt:innen eine Rückkehr in illegale Strukturen. Entsprechend schwer dürfte diese Patient:innen trotz vorliegender Indikation ohne die Telemedizin der Zugang zur ärztlich begleiteten Therapie fallen. Zudem könnten zukünftig mit Blick auf die Verbreitung von Volkskrankheiten in Deutschland noch Millionen weitere Patient:innen vom niedrigschwwelligen telemedizinischen Zugang zur Cannabis-Therapie profitieren, sollte der Gesetzgeber weiterhin auf Digitalisierung der Cannabis-Therapie setzen.





Nachwort von Niklas Kouparanis

CO-FOUNDER UND CEO BLOOMWELL GROUP

Die Digitalisierung hat in Deutschland augenscheinlich zu einer sehr effektiven ärztlichen Betreuung und einer kostengünstigen Versorgung von hunderttausenden Cannabis-Patient:innen geführt. Die stark sinkenden Preise je Gramm belegen dies eindrucksvoll. Dennoch scheint diese erfolgreiche Digitalisierung dem Bundesgesundheitsministerium trotz eines an vielen Stellen veralteten und kostspieligen Gesundheitssystems ein Dorn im Auge zu sein. Anders lässt sich die Doppelmoral nicht erklären, hunderttausende Patient:innen wieder den Risiken der Illegalität aussetzen zu wollen, im gleichen Atemzug aber von 'Gesundheitsschutz' zu sprechen. Dies würden Hochrechnungen zu Folge auch mit Milliarden Mehrkosten für das Gesundheitssystem einhergehen. Die Verpflichtung zum Praxistermin vor Ort für den Beginn einer Cannabis-Therapie würde die gesetzlichen Krankenkassen 2,9 Milliarden Euro pro Jahr kosten und alleine durch die Reduktion von Krankheitstagen werden durch Medizinalcannabis 3,7 Milliarden Euro jährlich eingespart. Wir sollten dabei auch nicht vergessen, dass die innovative, digitale Versorgung mit medizinischem Cannabis durch mutige Akteure mit Sitz in Deutschland aufgebaut wurde:

Importeure, Großhändler sowie lokale Apotheken haben im Laufe der letzten zwei Jahre signifikante Summen investiert und Arbeitskräfte eingestellt, um eine sichere Versorgung der Patient:innen trotz rasanten Wachstums ununterbrochen zu gewährleisten. Diese moderne und zukunftsfähige digitale Versorgungskette steht nun auf dem Spiel, obwohl in Regierungskreisen weitestgehend Einigkeit besteht, dass an einer radikalen Digitalisierung des Gesundheitssystems kein Weg vorbei führt. Konservative Politiker:innen sollten daher endlich ihre überholten Vorurteile gegenüber der Cannabispflanze, die schon vor Jahrtausenden als Heilmittel zum Einsatz kam, ablegen und mit Vernunft und Verstand auf die in Deutschland wohl einmalige Erfolgsgeschichte eines digitalisierten Therapie-Zugangs blicken: Was lässt sich von der digitalen Cannabis-Therapie lernen, um die großen Probleme unseres Gesundheitssystems zu lösen, statt dieses absurder Weise zusätzlich zu belasten?

Quellen

[BPC \(Dezember 2025\): Auswirkungen von Medizinalcannabis auf krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz](#)

[Das Cannabis-Barometer: Motive, Bedenken und Präferenzen von Cannabis-Konsument:innen in Deutschland. Basierend auf einer repräsentativen Online-Umfrage. \(Bloomwell Group GmbH, September 2024\)](#)

[Das Cannabis-Barometer – Anhaltende Stigmatisierung von Cannabis-Patient:innen durch die Gesundheitspolitik \(Bloomwell Group GmbH, Oktober 2025\)](#)

[Das Cannabis-Barometer – Vorteile der Spezialisierung und Digitalisierung deutscher Apotheken \(Bloomwell Group GmbH, September 2025\)](#)

[Das Cannabis-Barometer – Folgen einer Beschränkung der Cannabis-Telemedizin \(Bloomwell Group GmbH, Juli 2025\)](#)

[Ekocan \(September 2025\): Evaluation des Konsumcannabisgesetzes: 1. Zwischenbericht](#)

[Hoch et al. \(2025\): Cannabiskonsum vor und nach der Teillegalisierung. Erste Trends, Konsummuster und Motive. In: Deutsches Ärzteblatt](#)

[Institute for Policy Evaluation \(02.12.2025\): Studie zu den Auswirkungen eines Verbots der telemedizinischen Cannabis-Verschreibung und des Versandhandels auf die Gesetzlichen Krankenversicherungen](#)

[Olderbak et al. \(2025\). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys \(ESA\). In: Deutsches Ärzteblatt \(23\)](#)

[Pronova BKK: Schlafstudie, Oktober 2024](#)

[Steimle et al. \(August 2025\): Veränderungen für Konsumierende von Cannabis durch das Cannabisgesetz](#)

Methode

Für diesen Report hat Bloomwell aktuelle wissenschaftliche Studien und Umfragen ausgewertet.

Für den Report wurden darüber hinaus Verordnungen von Januar 2024 bis Dezember 2025 im sechsstelligen Bereich anonymisiert ausgewertet. Die Daten für Dezember 2025 sind hochgerechnet und können zu einem späteren Zeitpunkt geringfügig abweichen. Alle Rezepte wurden von selbst zahlenden Patient:innen über die Online-Plattform Bloomwell bei deutschen Partner-Apotheken eingelöst.

Über Bloomwell

Die in Frankfurt ansässige Bloomwell Group ist eines der führenden Unternehmen für medizinisches Cannabis in Europa. Gegründet 2020 hat sie sich zur zentralen Anlaufstelle in einem neuen Cannabis-Ökosystem entwickelt, das die gesamte Wertschöpfungskette mit Ausnahme des Anbaus abbildet. Durch Innovation und die Digitalisierung der gesamten

Therapie-Prozesse sorgt die Bloomwell Group für eine effektive und zuverlässige Versorgung von Patient:innen mit medizinischem Cannabis und trägt durch datenbasierte Forschungsaktivitäten basierend auf Real-World-Data zudem zur Entstigmatisierung von Cannabis in der Medizin bei. Die Bloomwell Group ist in Europa Pionier in der Entwicklung von telemedizinischen Angeboten, digitalen Payment-Integrationen und individueller eRezept-Lösungen für medizinisches Cannabis. Heutzutage bietet sie monatlich zehntausenden Cannabis-Patient:innen, Apotheken, Ärztinnen und Ärzten sowie Großhändlern eine zentrale digitale Infrastruktur. Auf Wunsch erhalten Patient:innen über die Plattform Bloomwell ein individuelles eRezept mit qualifizierter Fernsignatur durch D-Trust, einem Unternehmen der Bundesdruckerei.

www.bloomwell.de

Kontakt



Bloomwell GmbH

Hamburger Allee 14, Frankfurt am Main

www.bloomwell.de

info@bloomwell.de