

Widerspruch gegen den Bescheid vom 28.09.2026

betreffend meinen Antrag vom 05.08.2026 auf Erteilung einer Erlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich gegen den Bescheid vom 28.09.2026, mit dem mein Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken abgelehnt wurde, fristgerecht Widerspruch ein.

Gleichzeitig lege ich gegen die Festsetzung der Gebühr in Höhe von 142,50 Euro Widerspruch ein und beantrage insoweit hilfsweise deren vollständigen Erlass, weiter hilfsweise eine angemessene Ermäßigung bzw. Stundung.

I. Die Begründung des Ablehnungsbescheides

Der Ablehnungsbescheid stützt die Versagung im Wesentlichen allein auf die Aussage, die Erteilung einer Erlaubnis an Privatpersonen zum Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken sei rechtlich ausgeschlossen.

Zur Begründung verweist der Bescheid insbesondere auf die Gesetzgebung aus den Jahren 2016/2017 sowie auf die damalige gesetzgeberische Vorstellung, Patienten sollten künftig über die reguläre Arzneimittelversorgung mit standardisiertem Medizinalcannabis versorgt werden.

Diese Begründung greift für meinen konkreten Fall zu kurz.

Der Bescheid setzt sich weder mit meinen konkreten medizinischen Umständen noch mit der inzwischen eingetretenen Veränderung meiner Versorgungssituation auseinander. Insbesondere wird nicht geprüft, ob mir heute tatsächlich eine gleich wirksame, zugängliche und für mich finanzierbare Therapiealternative zur Verfügung steht.

Gerade dies ist jedoch für meinen Fall entscheidend.

II. Die vom BfArM herangezogene gesetzgeberische Konzeption beruhte auf einer anderen Versorgungssituation

Die vom BfArM angeführte Gesetzesbegründung aus dem Jahr 2016 verfolgte das Ziel, Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen künftig mit Cannabisblüten und Cannabisextrakten in standardisierter Qualität über Apotheken zu versorgen.

Der Gesetzgeber wollte damit die bisherige Situation verändern, in der Patienten teilweise auf Ausnahmegenehmigungen und Selbstversorgung angewiesen waren.

Die damalige gesetzgeberische Konzeption beruhte somit gerade auf der Erwartung, dass eine ausreichende medizinische Versorgung mit standardisierten Cannabisarzneimitteln gewährleistet werden könne.

Diese Voraussetzung besteht in meinem konkreten Fall heute nicht mehr.

Meine bisherige, über viele Jahre ärztlich begleitete, gut dokumentierte und wirksame Versorgung mit Cannabisblüten wurde beendet. Eine private Finanzierung ist mir aufgrund meiner wirtschaftlichen Verhältnisse nicht möglich.

Die entscheidende tatsächliche Frage lautet deshalb heute nicht mehr, ob der Gesetzgeber im Jahr 2016 eine reguläre Versorgung über Apotheken anstelle des Eigenanbaus vorgesehen hat.

Die entscheidende Frage lautet vielmehr:

„Steht mir heute tatsächlich eine gleich wirksame und für mich erschwingliche medizinische Versorgung zur Verfügung?“

Diese Frage beantwortet der Ablehnungsbescheid nicht.

III. Die ursprüngliche Einsparungsprognose ist nach der aktuellen Auskunft der Bundesregierung nicht mehr belastbar

Die inzwischen eingetretene Veränderung der gesetzlichen und tatsächlichen Versorgungssituation ist auch deshalb von Bedeutung, weil die Neuregelung des § 31 Abs. 6 SGB V nicht ausschließlich mit der allgemeinen Neuordnung der Versorgung, sondern ausdrücklich auch mit erwarteten finanziellen Einsparungen begründet wurde.

Im Gesetzgebungsverfahren wurden für die Jahre 2027 bis 2030 zunächst Einsparungen von rund 130 Mio. Euro, 150 Mio. Euro, 165 Mio. Euro bzw. 180 Mio. Euro jährlich prognostiziert.

Inzwischen liegt eine aktuelle parlamentarische Antwort der Bundesregierung vor.

Die Bundesregierung hat auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entscheidungsgrundlagen und Auswirkungen der Neuregelung des § 31 Abs. 6 SGB V zum Vorrang cannabishaltiger Fertigarzneimittel“ (BT-Drucksache 21/7743) mit Antwort vom 23. September 2026 (BT-Drucksache 21/8148) Stellung genommen.

Damit liegt inzwischen eine aktuelle Einschätzung nach Inkrafttreten der Neuregelung vor.

Aus dieser Antwort ergibt sich, dass die tatsächliche Einsparungswirkung der Neuregelung nicht mehr in der ursprünglich prognostizierten Weise belastbar beziffert werden kann.

Damit hat sich die ursprüngliche Einsparungsprognose als tatsächliche Grundlage jedenfalls relativiert. Es kann deshalb nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die seinerzeit prognostizierten finanziellen Auswirkungen tatsächlich in der erwarteten Höhe eintreten.

Ich behaupte damit ausdrücklich nicht, dass die Neuregelung keinerlei Einsparungen bewirken kann. Entscheidend ist vielmehr, dass die ursprünglich zugrunde gelegte Einsparungsprognose nach der inzwischen vorliegenden eigenen Auskunft der Bundesregierung keine belastbare tatsächliche Größe mehr darstellt.

Dies ist für meinen Fall von erheblicher Bedeutung.

Denn während der mit der Neuregelung verbundene finanzielle Vorteil inzwischen nicht mehr belastbar prognostiziert werden kann, ist die mit ihr verbundene konkrete Verschlechterung meiner medizinischen Versorgung tatsächlich eingetreten. Und auch die damit verbundenen höheren Kosten an anderer Stelle, z. B. für Krankengeld, mehr Arztbesuche, unwirksame Arzneimittel oder Behandlungen. Und auch mein Arbeitgeber leidet darunter, denn ich bin gezwungen, meine Arbeitszeit zu reduzieren, weil ich es nicht mehr schaffe unter diesen Umständen.

Meine bisher wirksame und ärztlich begleitete Versorgung mit Cannabisblüten wurde beendet. Gleichzeitig steht mir keine für mich gleichwertige und finanzierbare Ersatztherapie zur Verfügung.

Eine historische Einsparungsannahme kann unter diesen Umständen nicht ohne Weiteres als alleinige tatsächliche Grundlage dafür herangezogen werden, meine konkrete Versorgungssituation unberücksichtigt zu lassen.

Gerade wenn die gesetzgeberische Konzeption angeblich vor allem auf der Annahme einer ausreichenden regulären Versorgung und einer bestimmten finanziellen Wirkung der Neuregelung beruhte, ist zu berücksichtigen, dass beide tatsächlichen Ausgangsannahmen jedenfalls für meinen individuellen Fall nicht uneingeschränkt zutreffen.

IV. Das BfArM benennt keine aktuelle gesetzliche Vorschrift, nach der eine Prüfung meines Einzelfalls ausgeschlossen wäre

Der Bescheid formuliert, die Erteilung einer Erlaubnis an Privatpersonen zum Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken sei „rechtlich ausgeschlossen“.

Als Begründung wird jedoch keine konkrete Vorschrift des geltenden Medizinal-Cannabisgesetzes genannt, die ausdrücklich bestimmt, dass ein Antrag einer Patientin bzw. Privatperson unter allen Umständen und unabhängig von der konkreten medizinischen Versorgungssituation ausgeschlossen ist.

§ 9 MedCanG enthält konkrete Versagungsgründe. Der Bescheid benennt jedoch keine Vorschrift des geltenden MedCanG, aus der sich der von ihm behauptete absolute Ausschluss eines patientenseitigen Eigenanbaus bereits dem Grunde nach ergeben soll. Eine generelle Versagung allein aufgrund der Eigenschaft des Antragstellers als Privatperson bzw. Patientin wird dort nicht ausdrücklich als Versagungsgrund genannt.

Mir ist bewusst, dass das MedCanG in § 2 den Begriff des Cannabis zu medizinischen Zwecken an einen staatlich kontrollierten Anbau anknüpft und dass sich hieraus rechtliche Fragen für einen privaten Eigenanbau ergeben.

Gerade deshalb bedarf die pauschale Aussage des Bescheides, eine Erlaubniserteilung sei „rechtlich ausgeschlossen“, einer konkreten rechtlichen Herleitung aus dem geltenden Recht.

Ein bloßer Verweis auf die gesetzgeberische Zielsetzung früherer Gesetzgebungsverfahren ersetzt eine solche Herleitung nicht.

Ich bitte daher um konkrete Benennung der geltenden gesetzlichen Vorschrift, aus der sich der behauptete absolute Ausschluss eines privaten Eigenanbaus in meinem konkreten Fall ergeben soll.

V. Die heutige Rechtslage darf nicht losgelöst von der tatsächlichen Versorgungssituation betrachtet werden

Mein Antrag betrifft keinen allgemeinen Wunsch nach privatem Cannabisanbau.

Ich beantrage den Eigenanbau ausschließlich deshalb, weil die bisherige medizinische Versorgung weggefallen ist und mir eine tatsächlich zugängliche und finanzierbare gleichwertig schmerzlindernde inhalative Alternative nicht zur Verfügung steht.

Ich leide seit 2012 unter einer schweren chronischen neuropathischen Schmerzerkrankung.

Zahlreiche konventionelle Arzneimittel und Behandlungsversuche waren entweder nicht ausreichend wirksam, mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden oder konnten keine ausreichende und dauerhafte Schmerzkontrolle erreichen. Ich bin austherapiert, was konventionelle Schmerzbehandlung betrifft, sonst hätte ich auch gar keine Kostenübernahme erhalten.

Cannabisblüten haben bei mir demgegenüber über viele Jahre eine nachweislich wirksame und ärztlich begleitete Therapie ermöglicht.

Die behandelnde Schmerztherapeutin hat diese Behandlung über Jahre begleitet und befürwortet.

Bereits im Jahr 2016 bestand bei mir eine Ausnahmeerlaubnis des BfArM zum Erwerb von Cannabisblüten. Später wurde meine Versorgung über die gesetzliche Krankenversicherung sichergestellt.

Die damalige Versorgungssituation unterscheidet sich damit grundlegend von meiner heutigen Situation.

VI. Eine theoretische Verfügbarkeit von Cannabisextrakten stellt keine gleichwertige Therapie dar

Soweit die reguläre Versorgung mit Cannabisarzneimitteln als Grund für den Ausschluss des Eigenanbaus herangezogen wird, ist entscheidend, ob mir tatsächlich eine gleichwertige Therapie zur Verfügung steht.

Ich habe nach dem Wegfall meiner bisherigen Versorgung einen Cannabisextrakt in oraler Form ausprobiert. Selbst eine geringe Dosierung war teurer als die gleichwertige Dosis Cannabisblüten.

Dieser Extrakt (Demecan Oktonia Typ2 25:01) hat bei mir, wenn überhaupt, zu einer sehr geringen Schmerzlinderung geführt. Zudem setzt die minimale Wirkung durch die orale Aufnahme so spät ein, dass das Präparat zur Behandlung meiner akuten Schmerzspitzen aufgrund von Durchbruchschmerzen nicht gleichwertig geeignet ist. Ich habe bei jeder Anwendung nach ca. 4 Stunden eine zusätzliche Dosis Opioiden einnehmen müssen, weil ich die Schmerzen nicht mehr ausgehalten habe. Bislang hat sich meine Opioid-Dosis innerhalb der wenigen Wochen seit der Gesetzesänderung verdoppelt.

Teilweise muss ich ein bis zwei Stunden auf eine allenfalls geringe Wirkung warten. In der Zwischenzeit hatte ich ein Schmerzempfinden von bis zu 8,5 auf der Schmerzskala.

Die bisherige inhalative Anwendung von Cannabisblüten war demgegenüber gerade aufgrund des schnellen Wirkungseintritts für die Behandlung meiner Schmerzspitzen geeignet. Mein Schmerzempfinden lag hier regelmäßig durchschnittlich bei ca. 4-5, was erheblich weniger ist. Selbst der GBA hat in den Tragenden Gründen über die Änderung der Arzneimittelrichtlinie vom 16.03.2023 auf Seite 26 festgestellt:

„Aber auch im Bereich des chronischen Schmerzes sind viele Patient:innen auf den schnellen Wirkeintritt der inhalativen Einnahme von Cannabisblüten bei u.A. Schmerzspitzen und Spastiken angewiesen. Dieser schnelle und effektivere Wirkeintritt ist bei der oralen Cannabistherapie derzeit nicht gegeben. Beispielsweise haben sich getrocknete Blüten inhalativer Form bei der Behandlung von Rückenschmerzen als wirksamer als orale Extrakte herausgestellt¹²⁴. Gleichzeitig zeigen die Daten der Begleiterhebung auch die großen Vorteile der Therapie mit Cannabisblüten auf, werden jedoch in der Analyse verhältnismäßig wenig adressiert

Cannabisblüten:

- *haben ein günstigeres Nebenwirkungsprofil im Vergleich zu anderen Darreichungsformen*
- *zeigen eine positivere berichtete Auswirkung auf die Symptomatik und Lebensqualität*
- *führen zu weniger Therapieabbrüchen*
- *werden seltener gleichzeitig mit Opioiden verschrieben“*

Quelle: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9384/2023-03-16_AM-RL_Paragraf-4a-Abschnitt-N-Paragrafen-44-46-Cannabisarzneimittel_ZD.pdf?utm_source=chatgpt.com

Ich bestreite dabei ausdrücklich nicht, dass Cannabisextrakte grundsätzlich medizinisch eingesetzt werden können.

Entscheidend ist vielmehr, dass die abstrakte Existenz von Cannabisextrakten nicht beweist, dass für mich ein konkretes Präparat existiert, das

- medizinisch gleichwertig wirksam ist,
- hinsichtlich des sofortigen Wirkungseintritts geeignet ist,
- mir ärztlich tatsächlich verschrieben wird,
- für mich finanzierbar ist und
- meine bisherige Therapie tatsächlich ersetzen kann.

Der Ablehnungsbescheid nennt kein konkretes Präparat, das diese Voraussetzungen bei mir erfüllen soll.

Nach meiner konkreten Erfahrung steht mir derzeit auch keine praktisch zugängliche inhalative Extrakttherapie zur Verfügung. Meine behandelnde Ärztin hat zwar einen Antrag auf Versorgung mit einem inhalierbaren Extrakt bei der AOK Hessen gestellt; eine Entscheidung hierüber liegt bislang nicht vor. Zugleich bestehen nach den mir vorliegenden Informationen erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit entsprechender hochpotenter inhalativer Extrakte. Dies erschwert bzw. verhindert in meinem konkreten Fall derzeit den tatsächlichen Zugang zu einer solchen Therapie.

Der GKV-SV und die KBV lehnen gegenwärtig eine Erstattung ab, weil sie einen Widerspruch zu Regelungen im europäischen Arzneibuch sehen. Eine von der AOK BaWü veröffentlichte Erklärung beschreibt den Sachverhalt wie folgt:

„Uns haben bereits einige Anfragen zur Verordnungsfähigkeit hochpotenter Extrakte (THC-Gehalt > 25 %) erreicht. Diese Extrakte sind in der Regel zum Inhalieren mit einem Vaporisationssystem vorgesehen. KBV, der GKV-Spitzenverband, die AOK BW und der BKK Landesverband Süd sehen diese Extrakte als nicht verordnungsfähig an. Hintergrund ist, dass die Cannabis-Regelung im SGB V nur „Extrakte in standardisierter Qualität“ umfasst. Hilfsweise werden zur Beurteilung der „standardisierten Qualität“ die Arzneibuch-Monografien herangezogen, die einen maximalen THC-Gehalt von 25 Prozent vorsehen.

Von der KBV haben wir die Information erhalten, dass zur Klarstellung eine Anpassung der Arzneimittel-Richtlinie in Arbeit ist. Solange eine rechtlich abschließende Einschätzung aussteht, empfehlen wir, entsprechende Verordnungsanfragen kritisch zu hinterfragen. Soll dennoch eine Verordnung erfolgen, raten wir vor der ersten Verordnung eines entsprechenden Extraktes explizit für das gewünschte Produkt einen Genehmigungsantrag bei der Krankenkasse zu stellen.

Quelle: <https://www.kvbawue.de/kvbw/aktuelles/news-artikel/was-gilt-in-der-versorgung-mit-cannabis-1>)

VII. Auch die vom Gesetzgeber vorgesehene reguläre Versorgung setzt eine tatsächlich erreichbare Therapie voraus

Die Gesetzgebungsmaterialien aus dem Jahr 2016 stellen ausdrücklich auf die Versorgung schwer erkrankter Patienten mit Cannabisarzneimitteln in standardisierter Qualität über Apotheken ab.

Das BVerwG hat in seinem Urteil vom 06.04.2016 – 3 C 10.14 – gerade für die Frage des Eigenanbaus hervorgehoben, dass es auf das Fehlen einer gleich wirksamen und für den Betroffenen erschwinglichen Therapiealternative ankommt.

Das Gericht hat damals ausdrücklich einen Fall entschieden, in dem die reguläre Versorgung aus Kostengründen nicht erreichbar war. Es hat unter diesen Umständen den Schutz der körperlichen Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG berücksichtigt und eine Erlaubniserteilung zum Eigenanbau als rechtlich zwingend vorgezeichnet angesehen.

Mir ist bewusst, dass diese Entscheidung noch unter der damaligen Rechtslage des BtMG ergangen ist und nicht unmittelbar die heutige Rechtslage des MedCanG regelt.

Sie kann deshalb nicht schlicht als unmittelbare Anspruchsgrundlage für meinen heutigen Antrag übernommen werden.

Sie zeigt jedoch deutlich, dass bei einer Regelung der medizinischen Cannabisversorgung die tatsächliche Erreichbarkeit einer gleichwertigen Therapie und die wirtschaftliche Zumutbarkeit nicht ohne Weiteres außer Betracht bleiben können.

Gerade deshalb reicht es nicht aus, auf eine abstrakt bestehende reguläre Versorgung zu verweisen, ohne zu prüfen, ob diese Versorgung in meinem konkreten Fall tatsächlich eine gleichwertige Alternative darstellt.

Alle Extrakte sind kostenintensiver als Cannabisblüten, teils sogar erheblich. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen können darüber hinaus die Bereitschaft zur Verordnung entsprechender Alternativen beeinflussen. In meinem konkreten Fall zeigt sich dies bereits daran, dass der von meiner Ärztin gestellte Antrag auf Versorgung mit einem inhalierbaren Extrakt bislang nicht beschieden wurde.

Meine Ärztin hat bereits Ende August einen Antrag zur Versorgung mit (inhalierbaren) Extrakten bei der AOK Hessen gestellt und bislang noch keine Antwort erhalten.

VIII. Meine wirtschaftliche Situation schließt eine private Versorgung aus

Ich verfüge lediglich über eine teilweise Erwerbsminderungsrente und ein gering vergütetes Beschäftigungsverhältnis, in welchem ich bislang 20 Wochenstunden, ab November aber nur noch 16 Wochenstunden arbeite.

Mein monatliches Nettoeinkommen liegt unter 1.800 Euro, welches ab November zudem noch sinken wird, da mein Arbeitgeber wirtschaftliche Schwierigkeiten und deshalb meine Arbeitszeit verkürzt hat. Das neue Nettoeinkommen wird voraussichtlich ca. 1550 € betragen.

Die Kosten meiner bisherigen Cannabisversorgung würden bei privater Finanzierung ungefähr 900 Euro monatlich betragen.

Damit würde bereits mehr als die Hälfte meines gesamten monatlichen Nettoeinkommens für die bisher wirksame Schmerztherapie benötigt.

Eine solche Versorgung ist für mich wirtschaftlich nicht erreichbar.

Ohne Eigenanbau besteht für mich daher keine wirtschaftlich erreichbare legale Möglichkeit, meine bisher wirksame Behandlung fortzuführen.

IX. Die medizinische Unterversorgung ist bereits eingetreten

Es handelt sich nicht um eine lediglich hypothetische zukünftige Versorgungslücke.

Die Unterversorgung besteht bereits.

Seit Ende Juli 2026 steht mir meine bisherige, seit mehr als 10 Jahren gut funktionierende, ausreichende Versorgung mit Cannabisblüten zur Inhalation nicht mehr zur Verfügung.

Die von mir zwischenzeitlich ausprobierte orale Extrakt-Therapie konnte diese Versorgung nicht ersetzen.

Die Folgen zeigen sich bereits in einer erneuten deutlichen Zunahme meiner Schmerzen und in einer erheblichen Einschränkung meiner körperlichen Aktivität.

Dies betrifft unter anderem Tätigkeiten wie Walken, Schwimmen und die alltägliche Fortbewegung mit dem Fahrrad, die zuvor zu meiner Stabilisierung beigetragen haben. Da ich kein Auto mehr habe, bin ich auf Fahrrad fahren angewiesen.

Die Frage der Gleichwertigkeit einer Therapie ist daher nicht theoretisch. Ich habe die alternative Behandlung tatsächlich ausprobiert und kann ihre unzureichende Wirkung aus eigener konkreter Erfahrung schildern.

Tragischerweise ist durch die Behandlungsunterbrechung auch meine Angststörung wieder aufgetreten, welche mich sehr in meinem Alltag behindert. Ich hatte Angststörungen bereits während meiner Suchterkrankung, konnte diese aber erfolgreich in einer stationären Langzeittherapie im Rahmen einer traumafokussierten Psychotherapie im Jahr 2000 bearbeiten. Diese Angststörungen resultierten ursprünglich aus einer posttraumatischen Belastungsstörung wegen Gewalterfahrungen im häuslichen Umfeld in meiner Kindheit. Cannabis unterdrückt dabei vor allem meine extremen Alpträume, hilft bei Flashbacks und Schlafstörungen.

X. Mein beantragter Eigenanbau kann unter kontrollierten Bedingungen erfolgen

Der Antrag betrifft ausschließlich meinen persönlichen medizinischen Bedarf.

Eine Weitergabe an Dritte wird nicht erfolgen.

Der Anbau soll ausschließlich an meinem festen Wohnsitz und in einem Raum erfolgen, zu dem nur volljährige Personen Zugang haben. Im Sommer wird der Eigenanbau auf der uneinsehbaren Dachterasse stattfinden, zu der nur ich Zugang habe.

Ich bin bereit, sämtliche von der Behörde für erforderlich gehaltenen Sicherungsmaßnahmen umzusetzen.

Der gesamte Ertrag soll ausschließlich meiner medizinischen Eigentherapie dienen.

Ich beantrage jährlich höchstens 1.500 Gramm getrocknete Cannabisblüten.

Dieser Bedarf orientiert sich an meiner früheren ärztlichen Verordnung von 120 Gramm monatlich, entsprechend 1.440 Gramm jährlich. Die beantragten 1.500 Gramm berücksichtigen lediglich unvermeidbare Ernteverluste und natürliche Schwankungen beim Eigenanbau.

Der Eigenanbau stellt für mich keinen gewünschten Lebensstil und keinen persönlichen Vorteil dar.

Er ist für mich vielmehr die einzige verbleibende Möglichkeit, eine wirksame medizinische Behandlung fortzuführen, wenn die reguläre Versorgung für mich weder medizinisch gleichwertig noch wirtschaftlich erreichbar ist.

XI. Der Bescheid setzt sich nicht mit den entscheidungserheblichen Umständen meines Einzelfalls auseinander

Nach § 39 Abs. 1 VwVfG sind in der Begründung eines Verwaltungsaktes die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben.

Der vorliegende Bescheid enthält im Wesentlichen eine allgemeine Darstellung der gesetzlichen Versorgungssystematik und die daraus abgeleitete Aussage, der Eigenanbau durch Privatpersonen sei ausgeschlossen.

Eine Auseinandersetzung mit den von mir im Antrag ausführlich dargelegten individuellen Umständen findet dagegen nicht statt.

Insbesondere wird nicht erkennbar geprüft,

- ob meine bisherige Cannabistherapie medizinisch wirksam war,
- ob mir eine gleichwertige Therapie zur Verfügung steht,
- ob diese Therapie für mich finanzierbar ist,
- ob die von mir tatsächlich erprobte Therapie mit oralen Extrakten geeignet und wirksam ist,
- welche Bedeutung der schnelle Wirkungseintritt der inhalativen Anwendung für meine Schmerzspitzen hat,
- welche Folgen die eingetretene Unterversorgung bereits hat und
- ob mein konkret vorgesehener, ausschließlich persönlicher und gesicherter Eigenanbau die Sicherheit und Kontrolle des Verkehrs mit Cannabis ausreichend gewährleisten könnte.

Auch die inzwischen vorliegende Antwort der Bundesregierung zur Neuregelung des § 31 Abs. 6 SGB V wird im angefochtenen Bescheid naturgemäß noch nicht berücksichtigt.

Sollte das BfArM davon ausgehen, dass die von mir dargestellten individuellen medizinischen und wirtschaftlichen Umstände aufgrund eines zwingenden gesetzlichen Ausschlusses rechtlich vollständig unerheblich sind, bedarf es einer nachvollziehbaren Darlegung der konkreten gesetzlichen Grundlage für diesen Ausschluss.

XII. Verfassungsrechtliche Bedeutung des Einzelfalls

Bei der Auslegung und Anwendung des geltenden Rechts ist schließlich Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG zu berücksichtigen.

Ich verlange keine allgemeine Freigabe bzw. Ausweitung des Eigenanbaus.

Es geht ausschließlich um die Frage, wie eine schwer erkrankte Patientin, deren über Jahre wirksame Therapie aufgrund einer Gesetzesänderung weggefallen ist und die eine alternative Therapie weder medizinisch gleichwertig noch wirtschaftlich erreichen kann und somit ihre notwendige Behandlung fortführen kann.

Der Gesetzgeber kann aus Gründen des Gesundheits- und Patientenschutzes grundsätzlich auf eine staatlich kontrollierte Versorgung setzen.

Wenn diese reguläre Versorgung im konkreten Einzelfall jedoch tatsächlich nicht zur Verfügung steht, stellt sich die Frage, ob ein vollständiger Ausschluss jeder Möglichkeit der medizinischen Selbstversorgung mit dem Schutz der körperlichen Unversehrtheit und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit vereinbar ist.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die seinerzeit angeführten tatsächlichen Rahmenbedingungen inzwischen nicht mehr uneingeschränkt dieselben sind.

Die Neuregelung des § 31 Abs. 6 SGB V wurde unter anderem mit erwarteten erheblichen Einsparungen begründet. Nach der inzwischen vorliegenden Antwort der Bundesregierung vom 23.09.2026 auf eine kleine Anfrage der Fraktion B90/Grüne kann die tatsächliche Einsparungswirkung jedoch nicht mehr in der ursprünglich prognostizierten Weise belastbar beziffert werden. *(BT-Drucksache 21/8148: „3. Wie hoch sind die von der Bundesregierung erhofften Einsparungen, die mit dieser Maßnahme einhergehen, und auf welcher Grundlage beruht diese Schätzung? Auf Grundlage der Dossierangaben einschlägiger Fachinformationen und den Preisinformationen der Lauer-Steuer in Verbindung mit den Daten nach § 84 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geht die Bundesregierung selbst nicht mehr von einer signifikanten Finanzwirkung aus.“)*

Damit steht einerseits eine konkrete und bereits eingetretene Verschlechterung meiner individuellen medizinischen Versorgung fest, während andererseits die ursprünglich angenommene finanzielle Wirkung der Neuregelung nicht mehr als belastbare tatsächliche Größe feststeht.

Der zweite genannte Grund außer den Einsparungen war in der Gesetzesänderung war, dass „die schnellere Anflutung beim Inhalieren ein höheres Suchtpotenzial birgt“. Das mag richtig sein, aber ich habe eine schwere chronische Schmerzerkrankung, bei der die nächste medikamentöse Behandlung starke Opioide wie z. B. Fentanyl-Pflaster (50-mal stärker als Heroin, hohes Überdosisrisiko) oder Oxycodon akut (ist mitverantwortlich für die Opioid-Krise in den USA) wären. Diese haben ein vielfach höheres Suchtpotential als Cannabis, auch Sorten mit hohem THC-Gehalt.

Oxycodon dockt an den Opioid-Rezeptoren an und flutet das Belohnungszentrum massiv mit Dopamin. Dies führt rasch zu einer Toleranzentwicklung – der Körper verlangt immer höhere Dosen für denselben Effekt. Cannabis wirkt über das Endocannabinoid-System, das die Signalweiterleitung sanfter moduliert.

Die deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. schreibt dazu folgendes:

"Opioid-Einsparung als Indikation für cannabisbasierte Medikamente bei Schmerzpatienten:

Angelika Hilker, niedergelassene Schmerztherapeutin aus Bochum, präsentierte Studienergebnisse, die zeigen, dass gerade bei älteren Schmerzpatienten mit dem Einsatz von cannabisbasierten Arzneimitteln der Opioid-Verbrauch reduziert werden kann. In einer retrospektiven Auswertung von Verordnungen in einer kassenärztlichen Praxis über drei Jahre verringerte sich, unabhängig von der Dosis (< 7,5 oder > 7,5 mg THC-Äq./d), Geschlecht und Alter der Opioid-Verbrauch um 24 Morphin-Äq./d bzw. um 50 %.² Daten aus dem Praxis Register Schmerz zeigen darüber hinaus bei THC/CBD-Kombinationen stärkere Effekte als bei einer reinen THC-Monotherapie und eine signifikant stärkere Reduktion der zuvor verabreichten (unzureichenden) Vortherapien³. So konnten unter THC/CBD vs. THC in 71,6 vs. 33,8 % ($p < 0,001$) eine vorbestehende Therapie mit stark wirksamen Opioidanalgetika vollständig beendet werden. Die Auswertung zeigt, dass viele Schmerzpatienten von einer Therapie mit cannabisbasierten Arzneimitteln profitieren. Schon mit niedrigen Dosen von medizinischem Cannabis lassen sich bedeutende Mengen Opioid einsparen. Ein Therapieversuch mit cannabisbasierten Arzneimitteln ist bei älteren Schmerzpatienten unter Opioiden aufgrund der synergistischen Wirkungen zwischen Endocannabinoid- und Endorphinsystem häufig sinnvoll. Wirksam und sinnvoll ist der Einsatz dann, wenn sich die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert“, resümiert Hilker.“

Quelle:

<https://www.dgschmerzmedizin.de/news/dgs-pressemitteilungen/archiv/detail/news/dgs-schmerzinitiative-fuer-eine-bessere-versorgung-mit-medizinischen-cannabinoiden-1/>

Alle vorgenannten Gründe rechtfertigen eine erneute Prüfung, ob die konkrete Anwendung der gesetzlichen Regelung auf meinen Einzelfall den Anforderungen einer verhältnismäßigen und grundrechtsorientierten Auslegung entspricht.

Diese Gesichtspunkte werden im angefochtenen Bescheid nicht behandelt.

XIII. Antrag

Ich beantrage daher,

1. den Bescheid vom 28.09.2026 aufzuheben und meinem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken für einen jährlichen Bedarf von bis zu 1.500 Gramm stattzugeben;

hilfsweise

2. den Bescheid aufzuheben und über meinen Antrag unter vollständiger Berücksichtigung der vorstehenden tatsächlichen und rechtlichen Gesichtspunkte erneut zu entscheiden;
3. mir konkret mitzuteilen, auf welche aktuelle gesetzliche Vorschrift die Behörde den behaupteten absoluten Ausschluss einer Erlaubniserteilung an eine Patientin bzw. Privatperson stützt;
4. sofern die Behörde weiterhin von einer verfügbaren gleichwertigen Therapie ausgeht, konkret darzulegen, welches Arzneimittel bzw. welcher Cannabisextrakt diese Therapie darstellen soll und aufgrund welcher konkreten Tatsachen von einer medizinischen Gleichwertigkeit hinsichtlich Wirksamkeit, Wirkungseintritt, Verfügbarkeit und Finanzierbarkeit in meinem Fall ausgegangen wird;

5. bei der erneuten Entscheidung die inzwischen vorliegende Antwort der Bundesregierung vom 23.09.2026 auf die Kleine Anfrage BT-Drucksache 21/7743 (Antwort BT-Drucksache 21/8148) und insbesondere die darin enthaltenen Angaben zur tatsächlichen bzw. nicht mehr belastbar bezifferbaren Einsparungswirkung der Neuregelung zu berücksichtigen.

XIV. Gebühren

Gegen die festgesetzte Gebühr von 142,50 Euro lege ich ebenfalls Widerspruch ein.

Ich bestreite dabei nicht, dass für die Bearbeitung eines abgelehnten Antrags grundsätzlich eine Gebühr erhoben werden kann.

Ich beantrage jedoch ausdrücklich eine Gebührenbefreiung bzw. einen Gebührenerlass aus Gründen der Billigkeit, hilfsweise eine angemessene Gebührenermäßigung bzw. Stundung.

§ 9 Abs. 4 und 5 BGebG sehen ausdrücklich die Möglichkeit einer niedrigeren Gebühr oder sogar einer Gebührenbefreiung aus Gründen des öffentlichen Interesses bzw. der Billigkeit vor. Auch § 10 Abs. 1 BGebG eröffnet bei abgelehnten Anträgen die Möglichkeit einer niedrigeren Gebühr oder einer Gebührenbefreiung aus Gründen des öffentlichen Interesses oder der Billigkeit.

Meine wirtschaftliche Situation ist außergewöhnlich angespannt. Die festgesetzte Gebühr trifft mich nicht isoliert, sondern fällt in eine Situation, in der mir zugleich eine für mich notwendige medizinische Versorgung nicht mehr finanziert zur Verfügung steht und noch dazu mit einer Einkommensverringerung kollidiert.

Aktuell kommt noch hinzu, dass ich meinen Ex-Mann (Pflegegrad 3, GdB 100 mit den Merkzeichen aG, H und Bl) seit einem schweren Unfall pflege und er vor kurzem endgültig in meine Wohnung gezogen ist. Das Sozialamt prüft seinen Antrag seit mehr als drei Monaten, so lange muss ich die Miete alleine tragen. Hinzu kommt, dass ich Krankengeld beziehen sollte und dagegen Einspruch eingelegt habe und solange dieser läuft soll ich ebenfalls kein Krankengeld erhalten. Ich habe große Schwierigkeit, die Miete und alle laufenden Kosten zu bezahlen.

Auch für die Pflegesituation wäre ein positiver Bescheid sehr wichtig, da mein körperlicher Zustand die Pflege sehr erschwert, was zu Konflikten führt. Im schlimmsten Fall müsste er in ein Pflegeheim ziehen, wenn ich die Pflege nicht mehr leisten kann, was wiederum hohe Kosten nach sich ziehen würde. Auch vor diesem Hintergrund erscheint es mir besonders unangemessen, mir in meiner konkreten finanziellen und gesundheitlichen Situation zusätzlich eine Gebühr aufzuerlegen, wenn die mit der gesetzlichen Neuregelung ursprünglich erwartete finanzielle Entlastung nach der inzwischen vorliegenden Antwort der Bundesregierung selbst nicht mehr als signifikante Finanzwirkung erwartet wird.

Ich bitte daher um eine zeitnahe und individuelle Billigkeitsentscheidung und nicht lediglich um die Feststellung, dass die Gebühr grundsätzlich erhoben werden kann.

Sollte dem Antrag auf vollständige Gebührenbefreiung nicht entsprochen werden, beantrage ich hilfsweise eine angemessene Ermäßigung und jedenfalls eine Stundung der Zahlung bis zur abschließenden Entscheidung über den Widerspruch.

XV. Schluss

Ich beantrage eine erneute, einzelfallbezogene Prüfung meines Antrags.

Der Kern meines Anliegens ist nicht der Wunsch nach privatem Cannabisanbau, sondern die Fortführung einer medizinisch wirksamen Behandlung vor allem meiner aktuell unbehandelten schweren chronischen Schmerzerkrankung. Und vor allem nicht wieder nach so vielen Jahren nun wieder in die Illegalität zurück zu fallen.

Die bisherige Versorgung hat über viele Jahre sehr gut funktioniert, ich war fast immer arbeitsfähig, abgesehen von einigen weiteren Operationen. Ich konnte meine Kinder in Ruhe großziehen, zum Glück sind sie nun erwachsen. Eine Sorge weniger.

Diese Versorgung ist nun weggefallen. Eine private Finanzierung ist mir nicht möglich. Die von mir tatsächlich ausprobierte orale Extrakttherapie ist für meine Schmerzspitzen nicht ausreichend wirksam und nicht gleichwertig.

Damit besteht gerade eine Versorgungssituation, die bei einer rein abstrakten Betrachtung der gesetzlichen Regelungen nicht erkennbar wird.

Hinzu kommt, dass die inzwischen vorliegende Antwort der Bundesregierung zeigt, dass die ursprüngliche finanzielle Begründung der Neuregelung jedenfalls nicht mehr in der ursprünglich prognostizierten Weise belastbar quantifiziert werden kann.

Ich beantrage deshalb, meinen Fall nicht allein anhand der allgemeinen gesetzgeberischen Zielsetzung aus den Jahren 2016/2017 zu beurteilen, sondern zusätzlich anhand der heute tatsächlich bestehenden medizinischen und wirtschaftlichen Versorgungssituation sowie der inzwischen vorliegenden aktuellen Erkenntnisse zur Neuregelung.

Sollten für die weitere Prüfung ärztliche Unterlagen, bspw. eine aktuelle Stellungnahme meiner Schmerztherapeutin oder weitere Nachweise erforderlich sein, bitte ich um entsprechende Mitteilung, um diese kurzfristig nachreichen.

Mit freundlichen Grüßen