

OFFIZIELLER APPELL

Care Before Discrimination (Versorgung vor Diskriminierung) — Patientenrechte und die geplante Einschränkung von CBD

Ein Appell der internationalen Patientenkoalition · Kampagne: **CBD is a Human Right** (CBD ist ein Menschenrecht)

Dieser Appell macht kein eigenständiges Rechtsanspruch auf ein Produkt geltend. Er betrifft die Frage, wie eine geplante verwaltungsrechtliche Einschränkung von CBD die bestehenden Rechte der Patientinnen und Patienten verletzen würde — ihre Autonomie, ihre Würde und ihr Recht auf transparente, evidenzbasierte Entscheidungsfindung.

Kurzfassung: Was die Koalition fordert

Dieser Appell richtet sich an die Regierungen der EU-Mitgliedstaaten — insbesondere an die Regierung der Tschechischen Republik —, an die Suchtstoffkontrollorgane der Vereinten Nationen sowie an die Institutionen der Europäischen Union. Er enthält sechs Forderungen:

1. **Veröffentlichen Sie die Evidenz.** Jeder Einschränkung von CBD muss eine transparente, veröffentlichte Bewertung der wissenschaftlichen und rechtlichen Evidenz vorausgehen — einschließlich der eigenen Feststellung des INCB, dass die Evidenz für die Grundstoffeigenschaft “begrenzt” ist.
2. **Keine verdeckte oder verwaltungsrechtliche Einschränkung.** Maßnahmen, die den Zugang der Patientinnen und Patienten betreffen, dürfen nicht ohne offene öffentliche Debatte, eine Prüfung der Verhältnismäßigkeit und eine Folgenabschätzung für die Patientinnen und Patienten eingeführt werden.
3. **Achten Sie die Autonomie und Würde der Patientinnen und Patienten.** Achten Sie das Recht der Patientinnen und Patienten, informierte, autonome Entscheidungen über ihre eigene Behandlung zu treffen, und weisen Sie die Stigmatisierung von Patientinnen und Patienten als Inhaber eines angeblichen “Drogengrundstoffs” zurück.
4. **Regulieren Sie verhältnismäßig — wir fordern keine Deregulierung.** Wir unterstützen Standards der guten Herstellungspraxis und Qualitätsstandards, verpflichtende Kontaminationsprüfungen, korrekte Kennzeichnung und Altersbeschränkungen, soweit relevant, und wir akzeptieren, dass die Staaten CBD rechtmäßig im Hinblick auf öffentliche Gesundheit, Lebensmittelsicherheit, Kennzeichnung, Altersgrenzen, Zulassung und Marktüberwachung regulieren dürfen.
5. **Gehen Sie gegen das tatsächliche Risiko vor.** Richten Sie den Vollzug gegen die wirklich gefährlichen Produkte — die synthetischen und halbsynthetischen Cannabinoide, die als “Sammlerstücke” verkauft werden — und nicht gegen die geprüften CBD-Produkte, auf die Patientinnen und Patienten angewiesen sind.
6. **Geben Sie den Patientinnen und Patienten eine Stimme.** Konsultieren Sie Patientenorganisationen förmlich bei Entscheidungen, die den Zugang zur Behandlung betreffen.

Wer diesen Aufruf erlässt und an wen er gerichtet ist

Dieser Aufruf wird von einer internationalen Koalition von Patientenorganisationen erlassen, bestehend aus **Aube** (Kanada), **Centrum Paraple** (Tschechische Republik), **Dosemociones** (Spanien), **Fuck Cancer** (Tschechische Republik), **KOPAC — Patientenvereinigung für die Cannabisbehandlung** (Tschechische Republik), **Mothers for Cannabis** (Portugal), **PatientsCann** (Vereinigtes Königreich) und **Verein Medcan** (Schweiz).

Dies ist ein offener Aufruf. Weitere Patientenorganisationen und Vertreterinnen und Vertreter aus weiteren Ländern schließen sich der Koalition an, und weitere Organisationen und Einzelpersonen können als Unterzeichnende beitreten; ein späterer Beitritt bleibt willkommen.

Wir richten diesen Aufruf an: die Regierungen der EU-Mitgliedstaaten, insbesondere die Regierung der Tschechischen Republik; die Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) und das Internationale Suchtstoffkontrollamt (INCB); die Organe und Institutionen der Europäischen Union; Journalistinnen und Journalisten sowie die Medien; und die Patientengemeinschaft und die Öffentlichkeit.

Warum wir diesen Aufruf jetzt erlassen

Am 24. Februar 2026 gab das Internationale Suchtstoffkontrollamt eine interne Mitteilung heraus, *PP Notice No. 1/2026 "Observations concerning cannabidiol (CBD)"*, gekennzeichnet mit "For Official Use Only".¹ Das Dokument folgt auf die Einstufung von CBD als Drogengrundstoff durch China im September 2024 und berichtet, dass China seit Oktober 2024 CBD-Ausfuhren freiwillig vorab notifiziert: Mit Stand vom 16. Februar 2026 gab es 211 Vorabnotifizierungen an 25 Länder (15 davon in Europa), für ein insgesamt angebotenes Volumen von fast 450 Tonnen und 33.660 Litern CBD.

Seit Anfang März 2026 wurden in einigen Staaten, darunter die Tschechische Republik, zunehmend pointierte öffentliche Äußerungen über die "Gefahr von CBD als Grundstoff synthetischer Drogen" geäußert. Am Nachmittag des Freitags, des 29. Mai 2026, leitete die tschechische Regierung still und leise einen Vorschlag zur Einschränkung von CBD in das interne interministerielle Stellungnahmeverfahren ein. Die Koalition betrachtet diese Vorgehensweise mit Sorge — sowohl wegen der Art und Weise, wie sie unter Ausschluss der Öffentlichkeit erfolgte, als auch weil die öffentlichen Behauptungen über das hinausgehen, was die verfügbare Evidenz stützt.

Das ist der Kern der Sache. Eine Entscheidung, die Hunderttausende von Patientinnen und Patienten in der Tschechischen Republik betreffen würde — und, falls sie einen Präzedenzfall schafft, Millionen in der gesamten Europäischen Union und potenziell zig Millionen weltweit —, wird im Stillen gestaltet, auf der Grundlage eines Dokuments, das die Öffentlichkeit nicht lesen kann, gerechtfertigt durch ein Argument, das die Evidenz nicht belegt. Wie auch immer man zu CBD steht, eine Entscheidung dieser Art sollte offen getroffen werden.

Was der Aktenstand tatsächlich zeigt

Dieser Appell stützt sich auf die eigene *PP Notice No. 1/2026* des INCB — die die Koalition verifiziert hat und gemeinsam mit diesem Appell veröffentlicht — gelesen zusammen mit dem **öffentlichen Precursors Report for 2025** (E/INCB/2025/4) des INCB und den Übereinkommen selbst. Wir zitieren die Mitteilung, anstatt sie zu charakterisieren, damit der Aktenstand für sich selbst spricht.

CBD ist kein kontrollierter Stoff. CBD unterliegt nicht den internationalen Suchtstoffkontrollübereinkommen. Gereinigtes CBD ist ein zugelassenes Arzneimittel für bestimmte Anfallsleiden, und CBD ist nicht berauschend.

Die Evidenz für die Grundstoffeigenschaft ist begrenzt — aber die Besorgnis ist nicht gegenstandslos, und das sagen wir auch. Die Berichterstattung des INCB hält fest, dass einige Staaten Bedenken äußerten, CBD könne bei der Herstellung von delta-9-THC, delta-8-THC, HHC und HHC-O verwendet werden, und dass die forensische Analyse bestimmter HHC-Produkte auf einen Herstellungsweg hindeutete, der möglicherweise von CBD ausgegangen ist. Zugleich beschreibt das INCB die Evidenz für die *tatsächliche* Verwendung von CBD als Ausgangsstoff als "begrenzt", und die Staaten, die Bedenken äußern, haben keine Evidenz für eine Verwendung in klandestinen Laboren in größerem Umfang vorgelegt. Die ehrliche Position ist daher nicht, dass das Grundstoffargument grundlos ist, sondern dass es **nicht hinreichend belegt** ist, um die Neueinstufung eines nicht berauschenden Stoffes — des Wirkstoffs eines zugelassenen Arzneimittels — als kontrollierter Grundstoff/Precursor zu rechtfertigen.

Zwei verschiedene Dinge werden "synthetische Cannabinoide" genannt — und nur eines davon ist mit CBD verbunden. Diese Unterscheidung ist das gesamte Argument, daher stellen wir sie klar dar. Die wirklich gefährlichen Produkte, die als "Sammlerstücke" verkauft werden, sind *vollsynthetische* Cannabinoide — die "Spice"-Familie. Sie werden aus Industriechemikalien hergestellt, die nichts mit CBD zu tun haben, sodass eine Einschränkung von CBD nichts dazu beitragen würde, sie zu stoppen. Die einzige tatsächliche Verbindung zwischen CBD und einem berauschenden Produkt ist das *halbsynthetische* **HHC**, das aus CBD hergestellt werden kann, welches aus THC-armem Hanf extrahiert wird. Aber HHC ist nun selbst unter internationale Kontrolle gestellt worden — Anhang II des Übereinkommens von 1971 über psychotrope Stoffe, in Kraft seit dem 6. Dezember 2025 —, sodass selbst diese einzige Besorgnis bereits unmittelbar auf der Ebene des gefährlichen Produkts behandelt worden ist. CBD heute einzuschränken, im Namen einer HHC-Synthese, die nun an der Quelle kontrolliert wird, wäre unverhältnismäßig: Man stuft keinen nicht berauschenden Ausgangsstoff — den Wirkstoff eines Kinderarzneimittels — neu ein, wenn das gefährliche Produkt, das daraus hergestellt werden kann, bereits kontrolliert ist.

Warum "das Arzneimittel wird nicht verboten" den Kern verfehlt

Wir nehmen die naheliegende Erwiderung vorweg: *Niemand verbietet ein Arzneimittel — das zugelassene Produkt (Epidyolex) bleibt verfügbar, und CBD in Lebensmitteln ist schlicht eine Frage von Novel Food (neuartiges Lebensmittel)*

¹Obwohl die Mitteilung mit "For Official Use Only" gekennzeichnet ist, ist sie online verfügbar, und die Koalition hat ihre Echtheit verifiziert. Im Geiste der Transparenz, die dieser Appell fordert, veröffentlicht die Koalition die Mitteilung zusammen mit diesem Dokument, damit die Leserinnen und Leser jede Aussage anhand der Quelle überprüfen können.

tel). Diese Antwort wird dem Appell aus drei Gründen nicht gerecht.

Erstens ist die in Betracht gezogene Maßnahme **keine** Zulassungs- oder Lebensmittelsicherheitsmaßnahme; sie ist eine **suchtstoffrechtliche Neueinstufung (drug-control reclassification)** von CBD als Grundstoff. Ihre Reichweite ist weit größer als ein einzelnes gereinigtes Produkt: Sie würde einen Schatten auf Vollspektrum-CBD-Zubereitungen und den CBD-Gehalt von verschriebenem medizinischem Cannabis werfen sowie auf die legale Versorgung, auf die Patientinnen und Patienten tatsächlich angewiesen sind — größtenteils hergestellt von lokalen EU-Herstellern.

Zweitens **wirkt das Novel-Food-Argument in die andere Richtung**. Wenn die eigentliche Besorgnis die Verbrauchersicherheit wäre, existieren die verhältnismäßigen Instrumente bereits: Novel-Food-Zulassung, Standards der guten Herstellungspraxis und Qualitätsstandards, Kontaminationsprüfungen, korrekte Kennzeichnung und Altersgrenzen. Über diese etablierten Instrumente hinauszugreifen und für eine als Verbrauchermarktfrage formulierte Angelegenheit eine Einstufung als *Drogengrundstoff* zu wählen — das schwerste verfügbare Instrument — ist die Definition einer unverhältnismäßigen Maßnahme. Nach EU-Recht muss eine Beschränkung das mildeste geeignete Mittel sein, das dem Ziel angemessen ist; eine Grundstoff-Neueinstufung ist das nicht.

Drittens, und am grundlegendsten, beantwortet der Einwand eine Frage, die wir nicht stellen. Wir machen kein eigenständiges Rechtsanspruch geltend, ein bestimmtes Produkt kaufen zu dürfen. Wir machen das Recht der Patientinnen und Patienten geltend, **über ihre eigene Behandlung zu entscheiden, mit Würde behandelt zu werden statt als Verdächtige**, und Entscheidungen, die sie betreffen, **transparent und auf der Grundlage tatsächlicher Evidenz** getroffen zu sehen. Eine Maßnahme kann ein einzelnes zugelassenes Arzneimittel im Regal belassen und dennoch alle drei verletzen.

Was für die Patientinnen und Patienten auf dem Spiel steht

CBD und komplexe cannabisbasierte Zubereitungen werden von Patientinnen und Patienten — oft fortgeschrittenen Alters — verwendet, die mit chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, Angstzuständen, Depressionen und posttraumatischer Belastungsstörung leben, um eine erträgliche Lebensqualität aufrechtzuerhalten. Eine verdeckte Einschränkung, verwaltungsrechtlich ohne offene Debatte und ohne gesicherte Evidenzgrundlage eingeführt, würde diesen Patientinnen und Patienten eine Behandlung entziehen, die sie gewählt haben und die ihnen hilft, und würde sie faktisch als Personen brandmarken, die “einen Grundstoff besitzen”. Das ist ein Affront gegen ihre Würde ebenso sehr wie eine Einschränkung ihrer Versorgung.

In einem Punkt sind wir unmissverständlich: Wir fordern nicht, dass CBD unreguliert bleibt, und wir erkennen an, dass die Staaten die Kompetenz behalten, es zu regulieren. Wir fordern lediglich, dass jede Einschränkung **transparent** eingeführt wird — auf der Grundlage einer veröffentlichten Bewertung der Evidenz, einer Prüfung der Verhältnismäßigkeit und einer Folgenabschätzung für die Patientinnen und Patienten — und nicht verdeckt oder durch verwaltungsrechtliche Maßnahme.

Wir unterscheiden außerdem klar zwischen **pharmazeutischem CBD** und **Verbraucher-CBD**. Gereinigtes CBD (Epidyolex) erhielt im September 2019 die EU-Marktzulassung, auf der Grundlage randomisierter kontrollierter Studien der Phase 3, für Anfälle beim Dravet-Syndrom, beim Lennox-Gastaut-Syndrom und bei der tuberösen Sklerose. Ein Großteil des von Patientinnen und Patienten in Europa verwendeten CBD ist kein verschriebenes Arzneimittel, sondern ein Verbraucherprodukt, das bei Schmerzen, Angstzuständen oder Schlafproblemen verwendet wird. Beides ist hier von Bedeutung, aber es handelt sich nicht um denselben rechtlichen Gegenstand — und, wie oben dargelegt, beantwortet das Bestehen eines zugelassenen Arzneimittels keine der Besorgnisse hinsichtlich Autonomie, Würde oder Transparenz, die dieser Appell aufwirft. Der Unterschied ist auch einer der **Dosierung**, und er ist groß: Verschriebenes Epidyolex wird nach Körpergewicht in einer Größenordnung von 10-25 mg/kg/Tag verabreicht — etwa 700-1.750 mg/Tag für einen 70 kg schweren Erwachsenen —, während die meisten Menschen, die Verbraucher-CBD-Öle verwenden, in der Größenordnung von 25-100 mg/Tag einnehmen, vielleicht zehn- bis fünfzigmal weniger. Die vorgeschlagenen Werte für die akzeptable Aufnahme und die Obergrenze für Nahrungsergänzungsmittel liegen in derselben niedrigen Spanne — zehnstellige Milligrammbereiche pro Tag, einschließlich einer im Vereinigten Königreich angenommenen akzeptablen täglichen Aufnahmemenge in der Größenordnung von 10 mg pro Erwachsenen pro Tag. Eine Maßnahme, die um ein Verbraucherprodukt herum konzipiert ist, das in zehnstelligen Milligrammmengen eingenommen wird, sollte nicht auf dem Dosierungs- und Risikoprofil eines hochdosierten verschreibungspflichtigen Arzneimittels aufgebaut werden.

Der rechtliche und menschenrechtliche Rahmen

Das Banner der Kampagne — *CBD is a Human Right* — ist eine Kurzform für eine Reihe **etablierter** Rechte, nicht die Behauptung, dass eine Person ein eigenständiges Rechtsanspruch auf ein bestimmtes Produkt hat. So gelesen, wie

die Koalition es beabsichtigt, stehen die drei Buchstaben für **Care Before Discrimination** (Versorgung vor Diskriminierung): das Recht der Patientinnen und Patienten, Versorgung zu erhalten und als Patientinnen und Patienten statt als Verdächtige behandelt zu werden. Die stärksten dieser Grundlagen sind Autonomie, Würde und transparentes Verfahren.

Autonomie und informierte Einwilligung. Die Oviedo-Konvention bekräftigt die freie und informierte Einwilligung und die autonome Entscheidungsfindung über die eigene Behandlung, neben dem gerechten Zugang zu Gesundheitsversorgung von angemessener Qualität. Eine verdeckte Einschränkung setzt sich ohne Konsultation über die gefestigte, informierte Entscheidung der Patientin oder des Patienten hinweg.

Transparenz, Beteiligung und Rechenschaftspflicht. Dies sind nicht nur Normen guter Regierungsführung; in der menschenrechtlichen Rahmung von Gesundheit sind sie integraler Bestandteil davon. Die Vereinten Nationen behandeln den Zugang zu Arzneimitteln von guter Qualität als “eines der grundlegenden Elemente” des Rechts auf den höchsten erreichbaren Gesundheitsstandard (OHCHR; ICESCR Art. 12) und verknüpfen ihn ausdrücklich mit *Transparenz, Beteiligung und Rechenschaftspflicht*. Eine Entscheidung, die auf der Grundlage einer nicht öffentlichen Mitteilung und ohne Konsultation der Patientinnen und Patienten getroffen wird, ist das Gegenteil dieses Standards. *(Wir stützen uns hierauf als unterstützenden Kontext: Das Recht auf Gesundheit garantiert kein bestimmtes Produkt, aber es verlangt, dass Entscheidungen, die den Zugang betreffen, transparent, partizipativ und evidenzbasiert sind.)*

Würde und Nichtdiskriminierung. Maßnahmen, die den Zugang zu CBD und medizinischem Cannabis verringern und die Patientinnen und Patienten als Inhaber eines Grundstoffs stigmatisieren, können die Verpflichtungen der Staaten aus dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen berühren, insbesondere Artikel 5 (Gleichheit und Nichtdiskriminierung) und Artikel 25 (das Recht auf Gesundheit).

Die Suchtstoffkontrollübereinkommen stützen es nicht, CBD als kontrolliertes Suchtmittel zu behandeln. Artikel 4 Buchstabe c des Einheits-Übereinkommens von 1961 beschränkt kontrollierte Stoffe auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke, während die Artikel 23 und 28 ein spezifisches Regime für den Anbau von Cannabis festlegen. Diese Bestimmungen bieten keine Grundlage dafür, CBD — das nicht erfasst ist — als kontrolliertes Suchtmittel zu behandeln.

INCB-Mitteilungen sind Stellungnahmen, nicht bindendes Recht. Nach den Artikeln 31 und 32 des Wiener Übereinkommens über das Recht der Verträge werden Verträge nach Treu und Glauben in Übereinstimmung mit der gewöhnlichen Bedeutung ihrer Begriffe im Zusammenhang ausgelegt. INCB-Mitteilungen sind die Auffassungen eines vertragsbasierten Aufsichtsorgans und müssen neben dem Vertragstext gelesen werden, nicht als Recht an sich. Die Position des INCB selbst hat sich verschoben — eine frühere Mitteilung behandelte CBD als nicht von den Übereinkommen erfasst, während die Empfehlung von 2026 CBD als potenziellen Ausgangsstoff aufwirft und zugleich einräumt, dass die Evidenz begrenzt ist. Diese Spannung verstärkt eine rechte- und verhältnismäßigkeitsbasierte Lesart.

EU-Recht: Verhältnismäßigkeit, nicht Immunität. In der Rechtssache *Kanavape* (EuGH, C-663/18, 19. November 2020) entschied der Gerichtshof, dass CBD kein Suchtmittel ist, dass ein Mitgliedstaat in einem anderen Mitgliedstaat rechtmäßig hergestelltes CBD nicht verbieten darf und dass gesundheitspolitische Beschränkungen des freien Verkehrs “nicht auf rein hypothetische Erwägungen gestützt werden können”. Das streitige CBD war rechtmäßig in der Tschechischen Republik hergestellt worden. *Kanavape* bedeutet **nicht**, dass CBD nicht reguliert werden kann — die Staaten dürfen im Hinblick auf öffentliche Gesundheit, Lebensmittelsicherheit, Kennzeichnung, Altersgrenzen, Zulassung und Marktüberwachung tätig werden —, aber eine Beschränkung muss durch tatsächliche, veröffentlichte Evidenz und eine echte Verhältnismäßigkeitsprüfung gerechtfertigt sein und muss das mildeste geeignete Mittel sein, das dem Ziel angemessen ist. Eine verdeckte, auf der Grundstoffeigenschaft beruhende Beschränkung, die auf einer evidenzmäßig begrenzten Hypothese fußt, wäre mit dieser Rechtsprechung schwer zu vereinbaren.

Was eine verdeckte Einschränkung tatsächlich bewirken würde

Eine intransparent durchgesetzte Einschränkung von CBD, gestützt auf Behauptungen, die nicht hinreichend belegt sind, würde Patientinnen und Patienten — für die größtenteils von lokalen EU-Anbietern hergestellte CBD-Produkte helfen, ihre Erkrankungen zu bewältigen — auf den Schwarzmarkt treiben. Der Zusammenbruch der legalen Verfügbarkeit würde rasch durch unregulierte Versorgung gefüllt, wodurch Patientinnen und Patienten der Kontamination mit Schwermetallen, polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen, Pestiziden und Herbiziden ausgesetzt würden. Eine Beschränkung, die auf einem unbelegten Argument beruht, würde Patientinnen und Patienten somit nicht schützen, sondern sie einem erheblich höheren Gesundheitsrisiko aussetzen als ein rational regulierter legaler Markt. Sie würde auch nicht dazu beitragen, Kinder vor synthetischen Cannabinoiden zu schützen, denn sie würde nichts an der Verfügbarkeit und fortlaufenden Herstellung neuer synthetischer Cannabinoid-Moleküle auf dem Graumarkt ändern — die aus anderen Molekülen als CBD hergestellt werden.

Dies ist die zentrale Warnung der Koalition: Eine als schützend dargestellte Maßnahme würde Patientinnen und Patienten genau jenem Markt ausliefern, vor dem sie sie zu schützen vorgibt.

Was wir stattdessen vorschlagen: verhältnismäßige Regulierung

Diese Koalition fordert nicht, dass CBD unreguliert bleibt. Wir fordern eine verhältnismäßige, transparente Regulierung, die Patientinnen und Patienten sowie die Öffentlichkeit schützt: klare Qualitäts- und Standards der guten Herstellungspraxis; verpflichtende Prüfungen auf Kontaminanten — Schwermetalle, Pestizide, Lösungsmittelrückstände und mikrobielle Kontamination; klare und korrekte Kennzeichnung von Gehalt und Konzentration; Altersbeschränkungen, soweit relevant; und vor allem einen wirksamen Vollzug, der auf das tatsächliche Risiko gerichtet ist — die synthetischen und halbsynthetischen Cannabinoide, die als “Sammlerstücke” verkauft werden. Eine Regulierung dieser Art schützt Patientinnen und Patienten; ein verdecktes Verbot von CBD tut dies nicht, denn es entfernt geprüfte Produkte von einem regulierten Markt, während es die wirklich gefährlichen Produkte unangetastet lässt.

Eine Warnung vor einem “Dominoeffekt”

Das Bestreben, CBD unter die Grundstoffe einzustufen, wird auf der CND seit Langem vor allem von einigen Staaten vorangetrieben, während die Europäische Union dem bisher widerstanden hat. Die Koalition ist besorgt, dass, wenn die Tschechische Republik — die seit Langem eine rationale, evidenzbasierte Drogenpolitik befürwortet — einen Präzedenzfall der Einschränkung auf der Grundlage eines Grundstoffarguments schafft, das nicht hinreichend belegt ist, dies eine Kettenreaktion in der gesamten EU und darüber hinaus auslösen könnte. Wir legen diese Einschätzung der öffentlichen und fachlichen Erörterung vor.

Zum Gewicht der Evidenz

Es wird oft eingewendet, dass es “zu wenige randomisierte kontrollierte Studien” gebe, die die Wirksamkeit und Sicherheit von CBD belegen. Dieser Einwand sollte in keine der beiden Richtungen überzogen werden. Über rund drei Jahrzehnte breiter Verfügbarkeit haben Patientinnen und Patienten sowie ihre Behandelnden bereits einen umfangreichen Bestand an **Real-World-Evidenz** — **unseren eigenen Patientendaten** — **aus der alltäglichen klinischen Praxis** erzeugt. Dies ist kein Fehlen von Evidenz; es ist Evidenz, die im Überfluss vorhanden ist und zu leichtfertig beiseitegeschoben wird. Real-World-Evidenz ist wertvoll — insbesondere für Sicherheit, Verträglichkeit, Lebensqualität und Wirksamkeit bei den komplexen, multimorbiden Patientinnen und Patienten, die randomisierte Studien ausschließen — und bildet einen wesentlichen Teil der **Gesamtheit der Evidenz**; sie sollte nicht abgetan werden, nur weil sie nicht aus randomisierten Studien stammt, und auch nicht als diesen gleichwertig dargestellt werden.² Beide ergänzen einander, und eine fundierte Bewertung wägt die gesamte Evidenzgrundlage ab. Wir verweisen außerdem auf das dokumentierte Phänomen des “Reverse Spin Bias” — die Tendenz mancher systematischer Übersichtsarbeiten, einen tatsächlichen Nutzen zu untertreiben, selbst dort, wo ihre eigenen Daten einen statistisch signifikanten Effekt zeigen.³

Unsere Forderungen: Transparenz in der Entscheidungsfindung

Als Patientengemeinschaft machen wir einen legitimen Anspruch auf Informationen über Entscheidungen geltend, die uns unmittelbar betreffen. Wir fordern die zuständigen Regierungen auf, transparent und öffentlich zu beantworten:

Wer hat die Mitteilung erhalten, und wie wurde sie behandelt? Welche nationalen Anlaufstellen haben die *PP Notice 1/2026* erhalten, wann, und was haben sie damit getan?

Welche Maßnahmen, und in welcher Übereinstimmung mit den Patientenrechten? Zu welchen Maßnahmen sind die Regierungen gelangt, und wie würden diese einer Prüfung der Patientenautonomie, der Oviedo-Konvention und der Verhältnismäßigkeit nach EU-Recht standhalten?

Welche Evidenz für eine Grundstoffrolle existiert? Welche konkrete Evidenz halten die Regierungen, die sich auf das Grundstoffargument stützen, tatsächlich in Händen, angesichts dessen, dass das INCB selbst die Evidenz als begrenzt beschreibt?

²Schlag AK, Nutt DJ, et al. The value of real world evidence: the case of medical cannabis. *Front Psychiatry*. 2022;13:1027159. doi:10.3389/fpsyt.2022.1027159.

³O’Leary R, La Rosa GRM, Polosa R. Reverse spin bias: preliminary observations of reporting bias in medical systematic reviews. *Res Integr Peer Rev*. 2026;11(1):1. doi:10.1186/s41073-025-00185-9.

Wo verläuft die Grenze zwischen erwiesenem Risiko und Hypothese? Welche dokumentierten Informationen über die tatsächliche Produktionskette synthetischer und halbsynthetischer Cannabinoide halten die Regierungen, und was haben sie gegen Produkte unternommen, die als “Sammlerstücke” verkauft werden?

Auf welchen Daten beruhen die öffentlichen Äußerungen? Wir verlangen eine Erläuterung der öffentlichen Äußerungen über CBD als Grundstoff und der konkreten Daten, auf die sich gestützt wird.

Wir halten uns selbst an denselben Maßstab. Die Koalition verpflichtet sich zu der Transparenz, die sie von anderen verlangt: Wir schließen unsere Finanzierungs- und Unabhängigkeitsrichtlinie ab und werden sie veröffentlichen, und wir lassen uns im EU-Transparenzregister registrieren.

Ein Aufruf an die Europäische Union

Wir fordern die Institutionen der Europäischen Union auf zu prüfen, ob die in den Mitgliedstaaten erhobenen öffentlichen Behauptungen über CBD als “Grundstoff” durch verifizierte Evidenz gestützt werden, und sowohl den Binnenmarkt als auch die Patientinnen und Patienten vor verwaltungsrechtlichen Beschränkungen zu schützen, denen eine solche Grundlage fehlt. Wir verlangen eine Bewertung, ob die in Betracht gezogenen Maßnahmen dem tatsächlichen Inhalt der INCB-Materialien oder einer Verzerrung derselben entsprechen, und wir erinnern an die in *Kanavape* festgelegten Einschränkungen.

Fragen an die Medien

Wir fordern Journalistinnen und Journalisten auf, den Verantwortlichen konkrete Fragen zu stellen: Was genau ist mit der Behauptung über CBD als Grundstoff von Synthetika gemeint, und auf welchen Daten beruht sie? Wie wird sie mit der eigenen Feststellung des INCB in Einklang gebracht, dass die Evidenz begrenzt ist? Warum wird das schwerste Instrument — die Drogengrundstoffkontrolle — in Betracht gezogen, wenn bereits verhältnismäßige Verbraucherschutzinstrumente existieren? Welche Auswirkungen hätten die Maßnahmen auf Seniorinnen und Senioren sowie chronisch Kranke? Und besteht die Gefahr, dass ein Mitgliedstaat zum Auslöser einer Kette von Beschränkungen in der gesamten EU wird?

Schlussfolgerung und ein Aufruf zum Beitritt

Wir fordern eine rationale, transparente und evidenzbasierte Politik, die die Autonomie, die Würde und das Recht der Patientinnen und Patienten achtet, über ihre eigene Gesundheit zu entscheiden. Wir fordern nicht, dass CBD unreguliert bleibt; wir fordern, dass es verhältnismäßig und transparent reguliert wird und dass der Vollzug auf das tatsächliche Risiko gerichtet wird. Wir lehnen eine verdeckte Einschränkung von CBD ab, die auf einem Grundstoffargument fußt, das durch die derzeit verfügbare Evidenz nicht gestützt wird — und wir lehnen ebenso entschieden ab, dass eine solche Entscheidung hinter verschlossenen Türen getroffen wird. Wir fordern die Regierungen, die CND, das INCB und die EU-Institutionen auf, offen zu sein, und wir fordern Patientenorganisationen und Einzelpersonen auf, sich diesem Appell anzuschließen.

Setzen Sie ein Zeichen — unterzeichnen Sie den Appell: <https://www.openpetition.eu/petition/online/fuersorgevor-diskriminierung-ist-ein-menschenrecht>

CBD is a Human Right.

Internationale Koalition von Patientenorganisationen: Aube (Kanada), Centrum Paraple (Tschechische Republik), Dosemociones (Spanien), Fuck Cancer (Tschechische Republik), KOPAC (Tschechische Republik), Mothers for Cannabis (Portugal), PatientsCann (Vereinigtes Königreich) und Verein Medcan (Schweiz); weitere Organisationen schließen sich an.

References

Scientific and clinical

1. Schlag AK, Zafar RR, Lynskey MT, Athanasiou-Fragkouli A, Phillips LD, Nutt DJ. The value of real world evidence: the case of medical cannabis. *Front Psychiatry*. 2022;13:1027159. doi:10.3389/fpsy.2022.1027159.
2. O’Leary R, La Rosa GRM, Polosa R. Reverse spin bias: preliminary observations of reporting bias in medical systematic reviews. *Res Integr Peer Rev*. 2026;11(1):1. doi:10.1186/s41073-025-00185-9.

3. Florian J, Salcedo P, Burkhart K, et al. Cannabidiol and liver enzyme level elevations in healthy adults: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2025;185(9):1070-1078. doi:10.1001/jamainternmed.2025.2366.
4. Boehnke KF, Gagnier JJ, Matallana L, Williams DA. Cannabidiol product dosing and decision-making in a national survey of individuals with fibromyalgia. *J Pain.* 2022;23(1):45-54. doi:10.1016/j.jpain.2021.06.007.
5. Henderson RG, Vincent M, Rivera BN, Bonn-Miller MO, Doepker C. Cannabidiol safety considerations: development of a potential acceptable daily intake value and recommended upper intake limits for dietary supplement use. *Regul Toxicol Pharmacol.* 2023;144:105482. doi:10.1016/j.yrtph.2023.105482.
6. European Medicines Agency. Epidyolex (cannabidiol): marketing authorisation. Amsterdam: EMA; 19 September 2019. ema.europa.eu.

International and legal

7. International Narcotics Control Board. Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances (Precursors Report 2025). E/INCB/2025/4. Vienna: INCB.
8. International Narcotics Control Board. PP Notice No. 1/2026: Observations concerning cannabidiol (CBD). Vienna: INCB Secretariat; 24 February 2026. (Headed “For Official Use Only”; available online, verified by the coalition, and published alongside this appeal for transparency.)
9. European Union Drugs Agency (EUDA). Semi-synthetic cannabinoids: distribution and supply. Lisbon: EUDA. Accessed 16 February 2026.
10. Court of Justice of the European Union. Case C-663/18, *B S and C A* (“Kanavape”). Judgment of 19 November 2020. ECLI:EU:C:2020:938. eur-lex.europa.eu.
11. United Nations. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (as amended), Arts. 4(c), 23, 28.
12. United Nations. Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969, Arts. 31-32.
13. Council of Europe. Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention), ETS No. 164, 1997, Arts. 3 and 5.
14. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), 1966, Art. 12.
15. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2006, Arts. 5 and 25.
16. OHCHR. Access to medicines — a fundamental element of the right to health; Human Rights Council resolution 12/24. Geneva: OHCHR.
17. Commission on Narcotic Drugs. Decision placing HHC under Schedule II of the 1971 Convention on Psychotropic Substances (in force 6 December 2025).
18. United Kingdom Food Standards Agency / Advisory Council on the Misuse of Drugs. CBD acceptable daily intake guidance.