

# Cannabisblüten in der GKV-Versorgung:

## Was die Realdaten zeigen

*Eine empirische Einordnung zum vorgesehenen Erstattungs Ausschluss im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz*

Autoren: Alfredo Pascual; Antonia Menzel

Juni 2026 · Bundesverband pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen e.V. (BPC)



**BPC**

Bundesverband  
pharmazeutischer  
Cannabinoidunternehmen

### Kernbefunde

- **Wachsende, schwer erkrankte Patientenkohorte unter strenger Kontrolle.** GKV-Blütenpatientinnen und -patienten: 12.159 (2023) auf 17.022 (2025). 90 Prozent erhalten innerhalb von 90 Tagen weitere Arzneimittel auf GKV-Rezept (multimorbides Profil). Zugang nur über schwerwiegende Erkrankung, fehlende oder im Einzelfall nicht anwendbare Standardtherapie und ärztliche Indikationsstellung. Erstattungsvolumen 2025: ca. 110 Mio. Euro.
- **Über 99 % der GKV-Verordnungsmenge von Cannabisblüten entfallen auf 13 Facharztgruppen,** von Allgemeinmedizin (42 Prozent der Menge) und Innerer Medizin bis zu Klinikambulanzen und Neurochirurgie. Verteilte Versorgungspraxis quer durch die ambulante und teilstationäre Medizin, kein Nischen- oder Spezialphänomen.
- **Cannabisblüten und -extrakte sind klinisch nicht als äquivalent anzusehen und nicht gleichwertig austauschbar.** Trotz uneingeschränkter Verfügbarkeit beider Darreichungsformen wechseln nur 0,5 Prozent der Patientinnen und Patienten pro Monat zwischen ihnen (Durchschnitt über 39 Monate). Die der Einsparrechnung zugrundeliegende Substitutionsannahme der Finanzkommission Gesundheit (10 Prozent) setzt voraus, dass eine relevante Patientengruppe bei Wegfall der Blütenerstattung medizinisch sinnvoll auf verbleibende, erstattungsfähige Cannabisarzneimittel umgestellt werden kann. Das tatsächliche Verordnungsverhalten unter freier Wahl beider Darreichungsformen widerspricht dieser Annahme empirisch.
- **Folge des Ausschlusses ist keine geordnete Substitution durch kostengünstigere Cannabisarzneimittel.** Realistisch sind mehrere Pfade: innerhalb der GKV das Ausweichen auf andere erstattungsfähige Arzneimittel (Opiode bei Schmerz, weitere Wirkstoffgruppen je Indikation), medizinisch teils problematischer und nicht regelhaft günstiger; außerhalb der GKV Selbstzahlung, Therapieabbruch und der seit 1. April 2024 legale Konsumkanal des KCanG. Genau diese Folgewege wollte der Gesetzgeber 2017 mit § 31 Abs. 6 SGB V vermeiden.

### I. Hintergrund und Datengrundlage

Artikel 1 Nr. 12 Buchstabe c des Kabinettsentwurfs zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (Beschluss vom 29. April 2026) streicht Cannabisblüten aus dem Leistungskatalog des § 31 Abs. 6 SGB V. Die finanzielle Schätzung (Entwurf, S. 80) geht von jährlichen GKV-Einsparungen von 130 Mio. Euro im Jahr 2027, ansteigend auf 180 Mio. Euro 2030, aus. Sie stützt sich auf eine Annahme der Finanzkommission Gesundheit (Erster Bericht, S. 294), wonach nur 10 Prozent der bisherigen Blütenpatientinnen und -patienten auf andere erstattungsfähige Cannabisarzneimittel ausweichen. Diese Annahme lässt sich an den Realdaten von Insight Health überprüfen: Patient Insights Analytics (Abdeckung von rund 77 Prozent des ambulanten GKV-Verordnungsmarktes, hochgerechnet auf 100 Prozent GKV) und GKV-Abrechnungsdaten (nahezu vollständige Erfassung der Apothekenrechenzentren in Deutschland), Auswertungszeitraum Januar 2023 bis März 2026.

### II. Drei Befunde aus den Realdaten

#### Befund 1: Schwer erkrankte, multimorbide Patientengruppe in kontrolliertem Wachstum

Die GKV-Blütenpopulation umfasste 2023 12.159, 2024 14.503 und 2025 17.022 Patientinnen und Patienten. Die Erstattungssumme stieg parallel von 79 Mio. Euro auf 110 Mio. Euro. 90 Prozent dieser Patientinnen und Patienten erhielten innerhalb eines 90-Tage-Fensters mindestens ein weiteres Arzneimittel auf GKV-Rezept; nur 10 Prozent erhielten im 90-Tage-Fenster ausschließlich Cannabisblüten zu Lasten der GKV. Der Zugang folgte strikt dem in § 31 Abs. 6 SGB V kodifizierten Pfad: schwerwiegende Erkrankung, fehlende oder im Einzelfall nicht anwendbare Standardtherapie, ärztliche Indikationsstellung und Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse für nicht-privilegierte Facharztgruppen.

Die 2017 angelegte Beweisaufnahmerearchitektur aus § 31 Abs. 6 SGB V, BfArM-Begleiterhebung und G-BA-Beschluss vom 16. März 2023 (BANz AT 29.6.2023 B4) arbeitet bestimmungsgemäß: Eine wachsende, sorgfältig identifizierte multimorbide Patientenkohorte erhält unter strengen Voraussetzungen Cannabisblüten und bleibt bei dieser Therapie. Eine erkennbare Über- oder Fehlversorgung, die einen Eingriff in den Leistungskatalog rechtfertigen würde, ist in den Daten nicht zu sehen.

## Befund 2: Mehr als 13 Facharztgruppen verordnen Cannabisblüten zulasten der GKV

Die Verteilung der GKV-Verordnungsmengen 2025 nach Facharztgruppe, in Tonnen Cannabisblüten (Pflanzenmaterial):

Facharztgruppe	Verordnete Menge 2025	Anteil
Allgemeinmedizin / praktische Ärzte	3,16 t	42,0 %
Innere Medizin	1,38 t	18,3 %
Nervenheilkunde	1,24 t	16,5 %
Anästhesiologie	0,94 t	12,5 %
Klinikambulanzen	0,38 t	5,0 %
Orthopädie	0,14 t	1,9 %
Psychotherapie	0,08 t	1,1 %
Weitere Facharztgruppen (jeweils unter 1 %, u.a. Phys./Reha-Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Urologie, Frauenheilkunde)	0,21 t	2,9 %
<b>Gesamt</b>	<b>7,54 t</b>	<b>100,0 %</b>

*Verordnungsmenge Cannabisblüten in Tonnen, 2025, GKV-Abrechnungsdaten, Insight Health. 1 t entspricht 1.000.000 g.*

Diese Verteilung widerlegt das Bild einer Nische. Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Nervenheilkunde und Anästhesiologie tragen rund 90 Prozent der Menge, Klinikambulanzen weitere 5 Prozent. Der Indikationsbogen reicht von chronischen Schmerzbildern über neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose und Epilepsie bis zur palliativen Versorgung. Eine in dieser Breite ärztlich verankerte Therapie ist mit der Begründung des Kabinettsentwurfs (S. 107 f.), Cannabisblüten seien wegen Inhalation, Suchtpotenzial und mangelnder Standardisierbarkeit für die GKV-Versorgung ungeeignet, schwer in Einklang zu bringen.

## Befund 3: Cannabisblüten sind klinisch durch Cannabisextrakte nicht austauschbar; der Erstattungsausschluss erzwingt keine geordnete Substitution, sondern Verlagerungen der Kosten

Im Beobachtungszeitraum Januar 2023 bis März 2026 (39 Monate) wechselten monatlich zwischen 0,3 und 0,8 Prozent der Patientinnen und Patienten zwischen Cannabisblüten und -extrakten, durchschnittlich 0,5 Prozent. Beide Darreichungsformen waren über den gesamten Zeitraum erstattungsfähig. Bis zum G-BA-Beschluss vom 17. Oktober 2024 bestand allerdings eine administrative Barriere: Ein Wechsel zwischen Blüten und Extrakten erforderte regelmäßig einen neuen Genehmigungsantrag bei der Krankenkasse. Mit Wegfall dieses Vorbehalts für privilegierte Facharztgruppen entfiel diese administrative Hürde – die monatliche Wechselquote blieb jedoch auch nach Oktober 2024 auf gleichem niedrigem Niveau. Diese Stabilität ist die zentrale Information. Wären Cannabisblüten und Extrakte klinisch austauschbar, würde aus medizinischen Gründen, Dosisanpassungen oder Therapieoptimierungen heraus deutlich häufiger gewechselt; stattdessen bleibt der Anteil konstant niedrig. Patientinnen und Patienten, die mit Cannabisblüten eingestellt sind, nehmen Extrakte unter den gegebenen Versorgungsbedingungen nicht als gleichwertigen Ersatz wahr; pharmakokinetisch unterscheiden sich beide Darreichungsformen deutlich (inhalative versus orale Aufnahme mit unterschiedlichem Wirkeintritt). Pharmakologische Unterschiede sind klinisch und in der BfArM-Begleiterhebung 2022 dokumentiert. Die der Einsparrechnung zugrundeliegende Annahme der FKG, 10 Prozent der Blütenpatientinnen und -patienten würden auf andere erstattungsfähige Cannabisarzneimittel ausweichen, setzt voraus, dass eine relevante Patientengruppe medizinisch sinnvoll von Blüten auf erstattungsfähige Extrakte/Fertigarzneimittel umgestellt werden kann. Die Realdaten zur Wechselquote (0,5 %/Monat trotz freier Wahl) sprechen empirisch gegen diese Voraussetzung.

Was bei Wegfall der Erstattung tatsächlich geschieht, verteilt sich auf mehrere Pfade, die im Entwurf nicht eingepreist sind. Innerhalb der GKV: Ausweichen auf andere erstattungsfähige Arzneimittel. Bei den 76 Prozent Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten (BfArM 2022) steht eine verstärkte Verordnung von Opioiden im Raum, medizinisch problematischer und nicht regelhaft kostengünstiger; bei neurologischen, psychiatrischen oder onkologischen Indikationen entsprechend andere Wirkstoffgruppen mit eigenen Kosten- und Risikoprofilen. Außerhalb der GKV: Selbstzahlung über Privatrezept, für die einkommensschwache, schwer erkrankte Zielgruppe häufig nicht finanzierbar; Therapieabbruch mit medizinischer Folgewirkung; und – für eine Untergruppe – der seit 1. April 2024 nach KCanG zugängliche Selbstversorgungspfad, der weder Indikation, ärztliche Begleitung noch pharmazeutische Qualität sichert. Eine als "Einsparung" ausgewiesene Wirkung, die sich aus diesen Verlagerungen speist und nicht aus einer geordneten Substitution durch kostengünstigere Cannabisarzneimittel, ist gesundheitsökonomisch nicht regelhaft positiv.

**Verfassungs- und verwaltungsgerichtliche Rechtsprechungen** haben für diese Konstellation klare Maßstäbe gesetzt. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss vom 6. Dezember 2005 (1 BvR 347/98, „Nikolausbeschluss“) für lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankungen ohne anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung einen verfassungsrechtlich fundierten Leistungsanspruch in der GKV anerkannt; auf diese Linie hat sich der Gesetzgeber in der Begründung zu § 31 Abs. 6 SGB V (BT-Drs. 18/8965) ausdrücklich bezogen. Das Bundesverwaltungsgericht hat diese Linie für den Zugang zu medizinischen Cannabisblüten konkretisiert: In seinem Urteil vom 6. April 2016 (BVerwG 3 C 10.14) hat es aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG abgeleitet, dass schwer erkrankten Patientinnen und Patienten ohne „gleich wirksame und erschwingliche Therapiealternative“ der Zugang zu medizinischen Cannabisblüten nicht versagt werden darf und dabei ausdrücklich festgestellt, dass der Erwerb von Cannabisblüten aus der Apotheke aus Kostengründen als Therapiealternative ausscheidet, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme verweigert. Für die hier betroffene Patientengruppe sind nicht finanzierbare Privatrezeptkosten damit kein zumutbarer Verweisungspfad.

### III. Empfehlung

Der BPC empfiehlt, Artikel 1 Nr. 12 Buchstabe c GKV-BStabG ersatzlos zu streichen und die Erstattungsfähigkeit medizinischer Cannabisblüten beizubehalten. Die Maßnahme beruht auf einer Substitutionsannahme, die eine klinische Austauschbarkeit von Cannabisblüten und Extrakten voraussetzt, für die das tatsächliche Verordnungsverhalten in der GKV keinen Beleg liefert. Sie blendet die breite ärztliche Verankerung in mehr als 13 Facharztgruppen, die multimorbide Profilstruktur der Patientengruppe und die realen Folgewege innerhalb und außerhalb der GKV aus. Methodisch belastbarer wäre eine Evaluation der Versorgungswirklichkeit nach drei Jahren G-BA-Beschluss, gestützt auf die hier referenzierten Realdaten.

---

*Datenquellen: Insight Health (2026). Patient Insights Analytics; GKV-Abrechnungsdaten. Marktdefinition: Cannabisblüten (NFC EY, Sonst. Pulv. u. Gran.). Auswertungszeitraum Januar 2023 bis März 2026.*

*Die Autoren sind bei Mitgliedsunternehmen des BPC beschäftigt (Menzel: Sanity Group; Pascual: Cannamedical). Der Beitrag wurde in persönlicher bzw. Verbandsfunktion verfasst und gibt nicht notwendigerweise die Positionen der Arbeitgeber wieder.*