

# Stellungnahme

---

zur **öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 22. Juni 2026** zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), BT-Drucksache 21/6130

## betreffend Artikel 1 Nr. 12 Buchstabe c – Neufassung des § 31 Abs. 6 SGB V (Erstattungsfähigkeit von Cannabisblüten)

Stand: 17. Juni 2026

### I. Anlass und Kernbotschaft

Der Bundesverband pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen e.V. (BPC) nimmt anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 22. Juni 2026 ergänzend Stellung, soweit der Gesetzentwurf die Neufassung des § 31 Abs. 6 SGB V betrifft.

Der BPC teilt das Ziel einer nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Finzen und erkennt den Reformbedarf ausdrücklich an. Die in Artikel 1 Nr. 12 Buchstabe c vorgesehene Streichung der Erstattungsfähigkeit von Cannabisblüten geht jedoch über eine fiskalisch begründbare Steuerungsmaßnahme hinaus: Sie beruht auf einer empirisch nicht haltbaren Annahme therapeutischer Austauschbarkeit, trifft eine besonders vulnerable Patientengruppe und ist rechtlich angreifbar. Der angestrebte Einspareffekt lässt sich zielgenauer und ohne Versorgungsabbruch über eine Reform der Hilfstaxe erreichen - am tatsächlichen Kostenhebel, dem Festpreis je Gramm.

### II. Die Einsparrechnung beruht auf einer durch die Realdaten widerlegten Substitutionsannahme

Die finanzielle Schätzung des Entwurfs (jährliche Einsparungen von 130 Mio. Euro ab 2027, ansteigend auf 180 Mio. Euro bis 2030) stützt sich auf die Annahme der Finanzkommission Gesundheit, wonach lediglich 10 Prozent der bisherigen Patientinnen und Patienten, die mit getrockneten Cannabisblüten behandelt wurden, auf andere erstattungsfähige Cannabisarzneimittel ausweichen. Diese Annahme setzt voraus, dass Cannabisblüten durch Extrakte oder Fertigarzneimittel medizinisch gleichwertig ersetzbar sind. Die Realdaten widerlegen dies:

- Trotz uneingeschränkter Erstattungsfähigkeit beider Darreichungsformen wechseln im Zeitraum Januar 2023 bis März 2026 nur rund **0,5 Prozent der Patientinnen und Patienten pro Monat** zwischen Blüten und Extrakten. Die Quote blieb auch nach Wegfall der administrativen Wechselhürde (G-BA-Beschluss vom 17. Oktober 2024) konstant niedrig. Wären beide Formen klinisch austauschbar, läge die Wechselquote deutlich höher.
- Es handelt sich um eine **schwer erkrankte, meist multimorbide Patientengruppe** in kontrolliertem Wachstum (2023: 12.159; 2025: 17.022 Patientinnen und Patienten; Erstattungsvolumen 2025 rund 110 Mio. Euro). 90 Prozent erhalten innerhalb von 90 Tagen weitere GKV-Arzneimittel. Der Zugang folgt strikt dem Pfad des § 31 Abs. 6 SGB V: schwerwiegende Erkrankung, fehlende oder nicht anwendbare Standardtherapie, ärztliche Indikationsstellung.
- Über 99 Prozent der Verordnungsmenge entfallen auf **mehr als 13 Facharztgruppen**: von der Allgemeinmedizin (42 Prozent) über Innere Medizin und Nervenheilkunde bis zu Klinikambulanzen. Die Therapie ist breit in der ambulanten und teilstationären Versorgung verankert und **kein Nischenphänomen**.

Folge des Ausschlusses ist daher keine geordnete Substitution durch günstigere Cannabisarzneimittel, sondern eine Kostenverlagerung: innerhalb der GKV auf andere, medizinisch teils aufgrund von Nebenwirkungen und Abhängigkeitsrisiken problematischere und nicht regelhaft

günstigere, Wirkstoffgruppen (etwa Opioide bei den rund 76 Prozent Schmerzpatientinnen und -patienten); außerhalb der GKV in Selbstzahlung, Therapieabbruch oder den seit 1. April 2024 nach KCanG zugänglichen Selbstversorgungspfad ohne ärztliche Begleitung. Ein so erzeugter „Einspareffekt“ ist gesundheitsökonomisch nicht belastbar.

Darüber hinaus rechtfertigen die vom Gesetzentwurf angeführten Gesichtspunkte der Standardisierung und Arzneimittelsicherheit keinen pauschalen Leistungsausschluss. Medizinische Cannabisblüten im GKV-Kontext sind keine unkontrollierte Konsumware, sondern werden ärztlich indiziert, apothekenpflichtig abgegeben und pharmazeutisch geprüft. Die relevante Steuerungsfrage lautet daher nicht, ob Blüten abstrakt gegenüber Extrakten vorzuzugswürdig sind, sondern ob bei schwerwiegend erkrankten Patientinnen und Patienten im Einzelfall eine gleich geeignete und zumutbare Alternative besteht. Diese Einzelfallprüfung ersetzt der Entwurf durch eine typisierende Ausschlussentscheidung.

### III. Der pauschale Ausschluss ist rechtlich angreifbar

§ 31 Abs. 6 SGB V wurde 2017 als unmittelbare Reaktion auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. April 2016 (BVerwG 3 C 10.14) eingeführt. Das Gericht hat 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 dass Therapiealternativität individuell – nicht abstrakt – zu bewerten ist. Nicht finanzierbare Privatrezepkosten hat es ausdrücklich nicht als zumutbaren Verweisungspfad anerkannt. Ein pauschaler Leistungsausschluss, der eine generelle Gleichwertigkeit von Extrakten und Fertigarzneimitteln unterstellt, unterläuft diese verfassungsrechtlich fundierten Maßstäbe und kehrt die gesetzgeberische Zielsetzung von 2017 um.

### IV. Zielgenaue Alternative: Reform der Hilfstaxe statt Leistungsausschluss

Der maßgebliche Kostentreiber liegt nicht in der Erstattungsfähigkeit als solcher, sondern im Festpreis je Gramm nach Anlage 10 (Teil 2 und 3) der Hilfstaxe. Dieser bildet den Apothekeneinkaufspreis ab, wurde aber über Jahre weitgehend statisch fortgeschrieben, obwohl die Beschaffungspreise am Markt erheblich gesunken sind. Hier setzt eine zielgenaue Lösung an:

1. **Erhalt der Erstattungsfähigkeit.** § 31 Abs. 6 SGB V bleibt unverändert.
2. **Anpassung des Festpreises an das aktuelle Marktniveau.** Die erforderliche Datengrundlage (Apothekeneinkaufspreise) liegt in der Lauer-Taxe vor; die Bezifferung bleibt der Verhandlung zwischen GKV-Spitzenverband und Deutschem Apothekerverband vorbehalten.
3. **Regelmäßiger Anpassungsmechanismus,** um eine erneute statische Fortschreibung strukturell zu verhindern.
4. **Erhalt des Fixzuschlags,** der die reale pharmazeutische Versorgungsleistung einschließlich der aufwendigen Identitäts- und Ausgangsstoffprüfung abbildet.

Der Vorschlag nutzt etablierte Mechanismen (Anlage 10 der Hilfstaxe, §§ 4 und 5 AMPreisV), respektiert die Selbstverwaltung, setzt am tatsächlichen Hebel an und sichert die Versorgung der medizinisch indizierten Fälle.

### V. Empfehlung

Der BPC empfiehlt,

1. Artikel 1 Nr. 12 Buchstabe c GKV-BStabG ersatzlos zu streichen und die Erstattungsfähigkeit medizinischer Cannabisblüten nach § 31 Abs. 6 SGB V beizubehalten;
2. das Gesetzgebungsverfahren zu nutzen, um GKV-Spitzenverband und Deutschen Apothekerverband zu einer kurzfristigen Neuverhandlung der Hilfstaxe (Anlage 10, Teil 2 und 3) mit Fokus auf Festpreis und regelmäßigen Anpassungsmechanismus aufzufordern;

3. die Versorgungswirklichkeit unter § 31 Abs. 6 SGB V drei Jahre nach dem G-BA-Beschluss empirisch zu evaluieren und etwaige künftige Anpassungen auf diese Datengrundlage zu stützen.

So wird der berechnete fiskalische Handlungsdruck zielgenau beantwortet, ohne schwer- und schwerstkranke Patientinnen und Patienten in eine therapeutische und finanzielle Sackgasse zu führen.

---

*Datengrundlage der empirischen Befunde: Insight Health (2026), Patient Insights Analytics und GKV-Abrechnungsdaten; Marktdefinition Cannabisblüten; Auswertungszeitraum Januar 2023 bis März 2026. Rechtsprechung: BVerwG, Urteil vom 6. April 2016, 3 C 10.14; BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005, 1 BvR 347/98.*