

CANNABIS ALS MEDIZIN · PATIENTENINFORMATION

Kostenübernahme durch die Krankenkassen

Anspruch, ärztliche Begründung, Antrag und Vorgehen bei einer Ablehnung

Gesetzlich Versicherte können unter bestimmten Voraussetzungen Cannabisarzneimittel zulasten ihrer Krankenkasse erhalten (§ 31 Abs. 6 SGB V). Seit dem 30. Juli 2026 gelten dafür neue Regeln. Dieses Blatt erklärt die wichtigsten rechtlichen Fragen.

Das Wichtigste in Kürze

- Anspruch haben Versicherte mit einer **schwerwiegenden Erkrankung**, wenn keine Standardtherapie zur Verfügung steht oder im Einzelfall nicht angewendet werden kann.
- Entscheidend ist die **begründete Einschätzung Ihrer behandelnden Vertragsärztin oder Ihres Vertragsarztes**. Sie ist Voraussetzung des Anspruchs und muss vollständig und nachvollziehbar sein.
- **Cannabisblüten** sind seit dem **30. Juli 2026** keine Kassenleistung mehr, auch nicht bei früherer Genehmigung. Sie sind nur noch auf Privatrezept erhältlich.
- Weiter möglich sind **Extrakte in standardisierter Qualität** sowie Arzneimittel mit **Dronabinol oder Nabilon**.
- Gegen eine Ablehnung können Sie **innerhalb eines Monats Widerspruch** einlegen.

1. Wer hat Anspruch?

Die Krankenkasse muss leisten, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

Voraussetzung	Was das bedeutet
Schwerwiegende Erkrankung	Die Erkrankung ist lebensbedrohlich oder beeinträchtigt die Lebensqualität auf Dauer (ab etwa 6 Monaten) nachhaltig. Maßgeblich ist nicht die Diagnose, sondern die konkrete Auswirkung auf Alltag und Teilhabe. Ein GdB/GdS von 50 oder mehr spricht im Regelfall dafür. Bei mehreren Erkrankungen kann es auf deren Zusammenwirken ankommen.
Keine anwendbare Standardtherapie	Entweder gibt es keine allgemein anerkannte Standardtherapie, oder sie hat trotz richtiger Anwendung nicht geholfen, wird nicht vertragen oder birgt im Einzelfall gesundheitliche Risiken. Soll eine vorhandene Standardtherapie nicht angewendet werden, muss die Ärztin oder der Arzt das begründen.
Aussicht auf Wirkung	Es genügt eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Wirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome. Die Anforderungen sind niedrig: Fallserien und Einzelfallberichte können ausreichen.

2. Die begründete Einschätzung der Ärztin oder des Arztes

Hier scheitern viele Anträge. Krankenkassen und Gerichte dürfen die Einschätzung nur darauf prüfen, ob sie vollständig und nachvollziehbar ist und das Ergebnis nicht völlig unplausibel ist. Sie sollte enthalten:

- Krankheitsbild, Symptome und Auswirkungen sowie das Behandlungsziel, aufgrund eigener Untersuchung und gegebenenfalls fremder Befunde,
- bisherige Standardtherapien mit Zeitraum, Erfolg und Nebenwirkungen sowie noch mögliche Standardtherapien und warum sie nicht infrage kommen. Die pauschale Angabe „austherapiert“ genügt nicht,
- früheren und aktuellen Gebrauch von Suchtmitteln, auch den Verdacht einer Abhängigkeit,
- die Abwägung von Nutzen und Risiken von Cannabis.

Tipp: Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kann Arztbriefe und Befunde beifügen und darauf verweisen. Fehlt etwas, darf es nachgereicht werden, im Gerichtsverfahren noch bis zur letzten mündlichen Verhandlung des Landessozialgerichts.

3. Was zahlt die Krankenkasse seit dem 30. Juli 2026?

Cannabisarzneimittel	Stand
Cannabisblüten	Nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch nicht bei früherer Genehmigung. Weiterverordnung nur noch auf Privatrezept.
Extrakte in standardisierter Qualität, Dronabinol, Nabilon	Weiter erstattungsfähig. Bestandspatienten können die Behandlung grundsätzlich fortführen. Bei Extrakten mit mehr als 25 % THC vorab die Kostenübernahme für das konkrete Produkt beantragen; sie ist nicht sicher.
Zugelassene Fertigarzneimittel (z. B. Sativex)	Bei Behandlungsbeginn zunächst vorgesehen, im Rahmen eines sechsmonatigen Therapieversuchs. Bei klarer Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit ist ein früherer Wechsel zu Dronabinol oder einem Extrakt möglich.

- **Bisher Blüten?** Besprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt einen Wechsel auf Extrakt, Dronabinol oder Nabilon. Dabei sollte geprüft und dokumentiert werden, ob die Voraussetzungen weiter vorliegen. Wer auf Blüten angewiesen ist, sollte gut dokumentieren, warum Blüten zwingend nötig sind, und eine Extraktbehandlung möglichst nachweisbar versuchen. Eine Verfassungsbeschwerde gegen den Ausschluss ist möglich, ihre Erfolgsaussichten sind ungewiss.
- **Wirtschaftlichkeit:** Bei voraussichtlich gleicher Eignung besteht nur Anspruch auf das kostengünstigste Mittel. Form und Dosis bestimmt aber die behandelnde Ärztin oder der Arzt individuell.

4. Antrag und Genehmigung

- Die **erste Verordnung** muss die Krankenkasse in der Regel vorab genehmigen. Sie darf nur in begründeten Ausnahmefällen ablehnen und muss vor Beginn der Leistung entscheiden.
- **Fristen:** 2 Wochen nach Antragseingang, bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes 4 Wochen. Bei Verordnung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) oder im Anschluss an eine stationäre Cannabisbehandlung 3 Tage.
- Der Antrag muss **hinreichend bestimmt** sein: Die Kasse muss mindestens erfahren, welches Arzneimittel in welcher Einzel- und Tagesdosis verordnet werden soll. Nur dann kann bei Fristversäumnis eine Genehmigung als erteilt gelten (§ 13 Abs. 3a SGB V).
- Seit dem 19.10.2024 entfällt die Genehmigung bei bestimmten Fachärzten (z. B. Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Neurologie, Psychiatrie oder Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie). Sie können sie freiwillig beantragen, auch um sich vor Regress zu schützen.
- Eine **neue Genehmigung** ist bei einem Präparatewechsel nötig, nicht aber bei reiner Dosisanpassung oder beim Wechsel zu anderen Extrakten in standardisierter Qualität.
- In den ersten **drei Monaten** wird die Therapie engmaschig kontrolliert, danach in regelmäßigen Abständen. Art, Dauer und Ergebnis werden in der Patientenakte dokumentiert.

5. Wenn die Krankenkasse ablehnt

1. **Bescheid prüfen:** Achten Sie auf Datum und Rechtsbehelfsbelehrung. Der **Widerspruch** muss innerhalb eines Monats nach Zugang schriftlich eingelegt werden.
2. **Begründen:** Lassen Sie die ärztliche Einschätzung anhand von Abschnitt 2 vervollständigen und reichen Sie Befunde und Arztbriefe nach.
3. **Klage:** Wird der Widerspruch zurückgewiesen, können Sie innerhalb eines Monats beim Sozialgericht klagen. In dringenden Fällen ist ein Eilantrag möglich. Das Verfahren ist für Versicherte gerichtskostenfrei.
4. **Hilfe holen:** Fachanwältinnen und Fachanwälte für Sozialrecht sowie Patientenberatungsstellen unterstützen Sie.

Herausgeber und Quelle

Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM) · Bahnhofsallee 9 · 32839 Steinheim

Telefon: 05233 - 953 53 82 · E-Mail: info@arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de · <https://arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/>

Grundlagen: Vortrag RA Prof. Dr. Oliver Tolmein „Cannabis als Medizin – die (patienten-)rechtlichen Fragen“, 07.10.2026; § 31 Abs. 6 und 7 SGB V; BSG-Urteile vom 10.11.2022 (u. a. B 1 KR 28/21 R, B 1 KR 26/22 R, B 1 KR 9/22 R); Arzneimittel-Richtlinie des G-BA.