



## Stellungnahme des Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. zur Reformempfehlung Nr. 42

### Streichung der Erstattung von Cannabisblüten

Essen, 20. April 2026

Der Bund Deutscher Cannabis-Patienten e. V. (BDCan) lehnt die Reformempfehlung Nr. 42 zur Streichung der Erstattung von Cannabisblüten entschieden ab.

Die Kommission empfiehlt, Cannabis in Form von getrockneten Blüten nicht länger zulasten der GKV zu erstatten. Erstattungsfähig bleiben sollen Cannabisextrakte in standardisierter Qualität, cannabinoidhaltige Fertigarzneimittel sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon. Gerade an der begleitenden Beschreibung, wonach dies „entweder durch Tropfen oder Tabletten“ erfolgen solle, zeigt sich jedoch das Grundproblem der Empfehlung:

1. Entweder ist sie so zu verstehen, dass eine ganze Kategorie cannabinoider Behandlungsformen, nämlich die Anwendung durch Inhalation, aus der GKV-Versorgung ausgeschlossen werden soll. Dann wäre dies keine bloße Systemanpassung, sondern ein grundlegender Eingriff in die Therapie mit schweren unmittelbaren gesundheitlichen Folgen für ganz überwiegend multimorbide und chronisch kranke Mitglieder der GKV.
2. Oder die Formulierung ist nicht als vollständiger Ausschluss der Inhalation gemeint. Dann bliebe zwar die Möglichkeit eines Umstiegs auf andere erstattungsfähige Extraktanwendungen bestehen, allerdings wäre dies sowohl

für die meisten Betroffenen nachteilig als auch für die gesetzlichen Krankenkassen teurer.

Aus Sicht des BDCan ist die Maßnahme deshalb sowohl versorgungsmedizinisch schädlich als auch für die Krankenkassen finanziell kontraproduktiv. Sie gefährdet medizinisch unverzichtbare Inhalationsanwendungen, schafft neue Unsicherheiten in einem besonders sensiblen Versorgungsbereich und wird ihr behauptetes Einsparziel nicht erreichen. Vielmehr ist zu erwarten, dass sie zu deutlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führt.

## **I. Die Maßnahme belastet Patientinnen und Patienten massiv, ohne einen Versorgungsnutzen zu schaffen**

**Medizinisch unverzichtbare Inhalationsanwendungen würden der Therapiefreiheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte entzogen**

Der erste zentrale Einwand betrifft die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten selbst. Die vorgeschlagene Maßnahme trifft nicht nur eine Darreichungsform, konkret "Blüten", sondern berührt fast ausschließlich eine der medizinisch unverzichtbarsten Anwendungsformen: die Inhalation. Die in der Reformempfehlung präferierten Extrakte stehen zwar heute teilweise auch zur Inhalation zur Verfügung, und könnten daher grundsätzlich einen Ersatz bieten. Die Empfehlung weist aber ausdrücklich auf Tropfen und Tabletten zur oralen Anwendung hin. Für einen großen Teil der Patientinnen und Patienten ist die Inhalationsanwendung jedoch therapeutisch von besonderer Bedeutung und nicht zu ersetzen.

### **1. Warum die Inhalationsanwendung unverzichtbar ist**

Die Inhalationsanwendung ist insbesondere dort bedeutsam, wo der Magen-Darm-Trakt bewusst umgangen werden muss. Das betrifft viele chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten. Sie nehmen häufig bereits weitere Arzneimittel mit gastrointestinalen Nebenwirkungen ein oder leiden an Erkrankungen, bei denen eine zusätzliche Belastung des Magen-Darm-Systems vermieden werden sollte.

In solchen Konstellationen ist die Inhalationsanwendung keine bloße Präferenz, sondern Teil einer medizinisch sinnvollen Therapiestrategie. Wird dieser Anwendungsweg faktisch aus der erstatteten Versorgung gedrängt, beschneidet das die Therapiefreiheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte gerade dort, wo individualisierte Entscheidungen besonders wichtig sind.

## **2. Besondere Relevanz bei schwerer und multimorbider Indikation**

Besonders deutlich wird dies bei Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen, etwa in der Onkologie, bei Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts oder in langjährigen schmerztherapeutischen Behandlungen. Hier geht es oft nicht um isolierte Einzelsymptome, sondern um multimorbide Gesamtsituationen mit Begleitmedikation, Nebenwirkungsmanagement und einer vielfach vorbelasteten körperlichen Situation.

Gerade in solchen Fällen wäre es ein medizinisch nicht vertretbarer Eingriff, inhalative Anwendungen auszuschließen.

## **3. Schnelle Wirkstoffanflutung als medizinischer Vorteil der Inhalationsanwendung**

Ein weiterer zentraler Punkt ist die schnelle Wirkstoffanflutung bei der Inhalationsanwendung. Diese ist insbesondere bei akuten Schüben, in der Bedarfsmedikation und bei zeitkritischer Symptomkontrolle von erheblicher praktischer Bedeutung, etwa in der Schmerztherapie oder bei der Behandlung von Spastiken.

Wo Symptome rasch behandelt werden müssen, kann die Geschwindigkeit des Wirkeintritts therapeutisch entscheidend sein. Orale oder anders verzögert wirkende Anwendungsformen erzielen in solchen Situationen nicht die gewünschte Wirkung. Die Verdrängung der inhalativen Anwendung aus der GKV-Erstattung würde daher in vielen Fällen nicht nur eine formale Umstellung, sondern eine reale Verschlechterung der Versorgung bedeuten.

#### **4. Die regulatorische und marktseitige Entwicklung inhalativer Extraktanwendungen steht erst am Anfang**

Hinzu kommt, dass sich die Entwicklung entsprechender inhalativer Extraktanwendungen regulatorisch und marktseitig noch in einem frühen Stadium befindet. Die Empfehlung selbst arbeitet mit den Begriffen „Tropfen oder Tabletten“ und rechnet in ihrer Finanzlogik mit weiterhin erstattungsfähigen Ölen. Damit bleibt gerade unklar, ob und in welchem Umfang inhalative Extraktanwendungen überhaupt als gesicherter Versorgungsweg mitgedacht werden. Der geforderte Umstieg auf „Extrakte in standardisierter Qualität“ müsste dabei nicht auf orale Darreichungsformen beschränkt sein.

Gerade vor dem Hintergrund neuerer Entwicklungen im Bereich inhalativer Cannabisextrakte ist unklar, weshalb diese Möglichkeit in der Empfehlung ersichtlich nicht mitbedacht wird. Diese Unklarheit, gepaart mit der klaren Präferenz für die orale Anwendung, wäre für die heute über die GKV versorgten Patientinnen und Patienten ein unzumutbarer Rückschritt. Für die Ärzteschaft wäre dies zudem mit einer erheblichen Einschränkung der verfügbaren Therapieoptionen verbunden, insbesondere angesichts neuer Entwicklungen bei medizinisch anwendbaren inhalierbaren Cannabisextrakten.

#### **5. Gefährdung erfolgreicher Opioidreduktion oder -substitution**

Besonders problematisch ist die Maßnahme auch dort, wo Ärztinnen und Ärzte mit Hilfe von Cannabisblüten Opiode reduzieren oder ganz ersetzen konnten. Wer Patientinnen und Patienten nach erfolgreicher Umstellung erneut in Richtung opioidhaltiger Therapien drängt, nimmt eine medizinisch wie gesundheitspolitisch gefährliche Rückwärtsbewegung in Kauf.

Opioide weisen ein deutlich ungünstigeres Abhängigkeitsprofil auf und sind in der Langzeitanwendung mit erheblichen Risiken und Nebenwirkungen verbunden. Wo eine ärztlich begleitete Behandlung mit Cannabisblüten dazu beigetragen hat, Opiode einzusparen, darf dieser Fortschritt nicht wieder rückgängig gemacht werden.

Fiskalisch würden die Krankenkassen sich damit auch selbst stark schaden, da die Folgeeffekte und die Umstellungen kurz- und langfristig deutlich teurer sind, als die

bestehenden und tatsächlich kaum ansteigenden GKV-Versorgungsleistungen aufrechtzuerhalten.

## **II. Die Maßnahme verfehlt ihr Einsparziel und führt sogar zu deutlichen Mehrausgaben der GKV**

**Der weit überwiegende Teil der Betroffenen wird nicht aus der Versorgung verschwinden, sondern in andere und häufig teurere Therapien gedrängt**

Der zweite zentrale Einwand betrifft die ökonomische Logik der Empfehlung. Die Kommission ordnet die Maßnahme als Empfehlung der Kategorie A\* ein und veranschlagt für 2027 eine Finanzwirkung von rund 0,13 Mrd. Euro. Zugleich nimmt sie eine geringe Substitutionsrate von 10 Prozent an. Diese Annahmen unterstellen offenbar, dass ein erheblicher Teil der derzeit über die GKV versorgten Patientinnen und Patienten nach Wegfall der Blütenerstattung keinen weiteren erstattungsfähigen Versorgungsbedarf auslösen würde. Das ist angesichts des zuvor im Einzelfall nachgewiesenen schweren oder chronischen Behandlungsbedarfs, bis hin zu palliativen Versorgungssituationen, nicht plausibel. Realistischer ist vielmehr, dass ein Teil der Betroffenen in andere, häufig teurere erstattungsfähige Therapieformen gedrängt wird, während ein anderer Teil aus finanziellen Gründen auf Selbstzahlung, Eigenanbau, nicht flächendeckend verfügbare Bezugswege des Konsumcannabis oder andere nicht regelhaft medizinisch begleitete Versorgungsformen ausweicht. Auch eine Verdrängung in illegale Beschaffungswege kann dabei nicht ausgeschlossen werden.

### **1. Die angenommene niedrige Umstiegsquote ist unzutreffend**

Die zentrale Annahme der Kommission, nur ein kleiner Teil der heute mit Cannabisblüten versorgten Patientinnen und Patienten werde nach einem Ausschluss aus der GKV-Erstattung auf Extrakte oder andere cannabisbasierte Therapieformen umsteigen, ist in der Sache verfehlt. Tatsächlich ist von einer hohen Umstiegsquote auszugehen. Für einen sehr großen Teil der Betroffenen wird der Wegfall der Blütenerstattung keinen Versorgungsausstieg bewirken, sondern den Zwang, auf andere erstattungsfähige Therapieformen auszuweichen. Die Kommission selbst beschreibt im Bericht, dass teilweise Substitutionen zu weiterhin erstattungsfähigen Tropfen oder Ölen zu erwarten seien, und unterstellt zugleich eine geringe

Substitutionsrate von nur 10 Prozent. Die Frage, was mit dem Rest passieren soll, bleibt unbeantwortet. Damit unterstellt sie den gesetzlichen Krankenkassen, dass die von ihnen erteilten Kostenübernahmegenehmigungen in 90% der Fälle grob fehlerhaft waren und die Betroffenen gar nicht behandlungsbedürftig seien. Das widerspräche diametral den Daten der Krankenkassen, aber auch unseren Erfahrungen mit diesen Patientengruppen.

Hinzu kommt, dass die Begründung der Finanzkommission an einem weiteren entscheidenden Punkt hakt. Soweit sie davon ausgeht, Cannabisblüten seien nur dann genehmigt worden, wenn andere cannabishaltige Extrakte oder Fertigarzneimittel nicht eingesetzt werden konnten, verkennt sie die Entwicklung der Rechtslage. Mit der Gesetzesänderung von 2017 wurden Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon zunächst grundsätzlich gleichrangig in den Leistungsanspruch des § 31 Abs. 6 SGB V aufgenommen. Die ausdrückliche Vorgabe, vor einer Verordnung von Blüten oder Extrakten zu prüfen, ob andere cannabishaltige Fertigarzneimittel oder Arzneimittel mit Dronabinol oder Nabilon zur Verfügung stehen, wurde erst 2023 in die Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen. Für einen Zeitraum von mehr als sechs Jahren konnten daher Kostenübernahmen für Cannabisblüten erteilt werden, ohne dass diese spezielle vorgelagerte Prüfsystematik bereits in der heutigen Form galt. Die Annahme, frühere Genehmigungen für Blüten belegten stets schon das Scheitern oder Ausscheiden anderer cannabinoidhaltiger Therapieoptionen, ist deshalb in dieser Pauschalität unzutreffend.

## **2. Nachweislich schwer erkrankte Patientengruppe mit fortbestehendem Leistungsdruck**

Es handelt sich bei dieser Patientengruppe gerade nicht um Bagatellfälle, sondern regelmäßig um nachweislich schwer oder schwerst erkrankte Menschen, häufig mit chronischen Verläufen und nicht selten auch in palliativen Situationen. Wer eine Kostenübernahme durch die GKV erhalten hat, hat diesen Status zuvor in einem langen, aufwändigen und belastenden Genehmigungsprozess belegen müssen. Dazu gehören ärztliche Begründungen, umfangreiche Unterlagen und der Nachweis, dass andere Therapieoptionen nicht ausreichend wirksam waren oder nicht zur Verfügung standen. Verschreibungen ohne Genehmigungsverfahren sind extrem selten.

Gerade deshalb ist die Vorstellung, diese Patientinnen und Patienten würden nach Wegfall der Blütenerstattung in nennenswertem Umfang einfach aus der Versorgung verschwinden, realitätsfern. Bei einer Gruppe mit hohem Leidensdruck, schwerwiegenden Erkrankungen und fortbestehendem Behandlungsbedarf ist vielmehr das Gegenteil zu erwarten: Wenn die bislang wirksame Therapieform gestrichen wird, steigt der Druck, auf andere verfügbare und erstattungsfähige Optionen umzusteigen. Der Versorgungsbedarf entfällt nicht; er verlagert sich.

### **3. Verlagerung in teurere Therapieformen**

Wenn schwer kranke Patientinnen und Patienten ihre bisherige wirksame Therapie nicht mehr in Form von Blüten erstattet erhalten, wird ein erheblicher Teil auf andere erstattungsfähige Versorgungsformen ausweichen. Diese sind meist deutlich teurer als Blüten. Damit steigen die Arzneimittelausgaben der GKV. Die behauptete Einsparung wird dann gerade durch die tatsächliche Versorgungspraxis aufgezehrt oder in ihr Gegenteil verkehrt.

### **4. Umstellungs- und Folgekosten**

Darüber hinaus verursacht jede erzwungene Therapieumstellung zusätzliche Kosten. Neueinstellungen müssen fachärztlich begleitet werden, während Fachärztinnen und Fachärzte bereits stark überlastet sind und Termine oft nur mit monatelanger Wartezeit zu erhalten sind. Dosisfindungen benötigen Zeit, Verlaufskontrollen werden häufiger, Verordnungen müssen angepasst und in vielen Fällen therapeutische Fehlversuche korrigiert werden. Gerade bei multimorbiden oder langjährig behandelten Patientinnen und Patienten ist zudem mit wiederholten Anpassungen zu rechnen, bis eine tragfähige neue Behandlung gefunden ist.

Die Maßnahme löst damit nicht nur eine Verlagerung der unmittelbaren Arzneimittelkosten aus, sondern auch vermeidbare Umstellungs- und Folgekosten innerhalb der Versorgung. Wirtschaftlich spricht daher sehr vieles dafür, dass die Reformempfehlung ihr eigenes Einsparziel verfehlt und tatsächlich zu Mehrkosten der gesetzlichen Krankenversicherung führt.

### III. Ergebnis

Die Reformempfehlung Nr. 42 überzeugt weder in ihrer versorgungsmedizinischen noch in ihrer fiskalischen Logik.

Wenn die Empfehlung inhalative Anwendungen aus der GKV-Versorgung gänzlich verdrängen soll, greift sie tief in medizinisch notwendige und individuell bewährte Therapien ein und erhöht dadurch die Kosten für die Betroffenen und die gesetzlichen Krankenkassen. Wenn sie dies nicht soll, bleibt die Möglichkeit des Umstiegs auf andere erstattungsfähige inhalative Extraktanwendungen bestehen, womit die Grundlage der behaupteten Einsparung entfällt. In beiden Lesarten ist die Maßnahme nicht wie vorgeschlagen tragfähig.

Der BDCan fordert daher, die Reformempfehlung Nr. 42 nicht umzusetzen. Die Erstattungsfähigkeit zumindest für inhalative cannabinoide Therapien muss erhalten bleiben. Wo Reformbedarf gesehen wird, sollte dieser über präzisere Qualitätsanforderungen, bessere Verlaufsdokumentation und versorgungsbezogene Evaluation verfolgt werden, nicht über den pauschalen Ausschluss einer für schwer kranke Menschen relevanten Therapieoption.

#### **Kontakt:**

Daniela Joachim, Vorstandsvorsitzende

[E-Mail schreiben](#)

Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V.



Im Namen des Vorstands

Daniela Joachim, Vorstandsvorsitzende