



Cannabisblüten in der GKV-Versorgung: Was die Reform 2026/2027 für Bestandspatient:innen bedeutet

Zwei getrennte Gesetzesvorhaben, ihre Folgen für Menschen mit bestehender Kostenübernahmezusage – und die Frage, wie sich Versorgungskontinuität und Patient:innensicherheit fachlich begründen lassen.

Stand: 15. Juli 2026 • Autor: Nicolas C. Enriquez • Adressat: Ärzt:innen, Apotheken, Kostenträger, Beratungsstellen • Typ: Fachliche Stellungnahme / Blogbeitrag

Hinweis: Dieser Text ist eine **gesundheitswissenschaftliche und sozialmedizinische Einordnung** zu Informationszwecken – **keine ärztliche Beratung** und **keine Rechtsberatung im Sinne des Rechtsdienstleistungsgesetzes (RDG)**. Nicolas C. Enriquez ist Medizinalfachberater, kein Arzt und keine Rechtsanwaltskanzlei. Diagnose, Therapieentscheidung und Verordnung liegen ausschließlich bei ärztlichem Fachpersonal; die verbindliche rechtliche Prüfung des Einzelfalls bei qualifizierter Rechtsberatung.

Das Wichtigste in Kürze

- **Zwei Vorhaben, nicht eines.** Zu trennen sind (A) die **Streichung getrockneter Cannabisblüten aus der GKV-Erstattung** (§ 31 Abs. 6 SGB V) im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und (B) die geplante **MedCanG-Novelle** zu Verschreibungs- und Vertriebsweg (Präsenzpflcht, Versandverbot).
- **Unterschiedlicher Reifegrad.** Strang A wurde am **10. Juli 2026 vom Bundestag beschlossen** (Inkrafttreten zum 1. Januar 2027 vorgesehen, Verkündung im Bundesgesetzblatt zum Redaktionsstand noch ausstehend). Strang B befindet sich weiterhin im **parlamentarischen Verfahren**.
- **Bestandspatient:innen im Fokus.** Betroffen sind u. a. die rund **65.000** gesetzlich Versicherten mit Medizinalcannabis auf Kassenrezept. Für bereits erteilte Kostenübernahmen ist die künftige Behandlung **rechtlich noch nicht abschließend geklärt**; umfassende Übergangsregelungen fehlen bislang.
- **Kern der fachlichen Argumentation:** Bestandsschutz, Vertrauensschutz und Verhältnismäßigkeit lassen sich **gesundheitswissenschaftlich flankieren** – über Patient:innensicherheit, dokumentierte Wirksamkeit und Versorgungskontinuität.
- **Handlungslogik jetzt:** Therapie nicht eigenmächtig verändern, ärztliche Rücksprache, Unterlagen sichern, Entscheidungen der Kasse schriftlich dokumentieren.

1. Ausgangslage: zwei Reformstränge sauber trennen

In der öffentlichen Debatte werden zwei unterschiedliche Gesetzesvorhaben regelmäßig vermischt. Für eine belastbare Einordnung – und für jede spätere Argumentation gegenüber Kostenträgern – ist die Trennung entscheidend, weil beide Vorhaben unterschiedliche Rechtsfolgen, Adressaten und Verfahrensstände haben.

Merkmal	A · GKV-Erstattung (§ 31 Abs. 6 SGB V)	B · Verschreibungs-/Vertriebsweg (MedCanG-Novelle)
Regelungsgehalt	Getrocknete Cannabisblüten werden aus dem Leistungsanspruch der GKV gestrichen; Vorrang zugelassener Fertigarzneimittel vor cannabishaltigen Rezepturen.	Präsenzpflicht bei Erstverordnung, Einschränkung reiner Telemedizin, Versandhandelsverbot für Cannabisblüten (Apotheken-Botendienst bleibt).
Trägersgesetz	GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (Sozialrecht, SGB V).	Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes (Arzneimittel-/Verschreibungsrecht).
Verfahrensstand	Bundestag beschlossen 10.07.2026; Inkrafttreten 01.01.2027 vorgesehen.	im Verfahren Kabinett 08.10.2025; Anhörung/Ausschuss 2026, noch nicht final beschlossen.
Primär betroffen	GKV-Versicherte mit Kostenübernahme (Blüten).	Alle Blüten-Patient:innen inkl. Selbstzahler:innen; Verordnungs- und Apothekenpraxis.

Verfahrensstände sind politisch dynamisch. Maßgeblich ist stets der im Bundesgesetzblatt verkündete Gesetzestext; bis dahin gilt die bisherige Rechtslage.

1.1 Strang A – Streichung der Blüten aus der GKV-Erstattung

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird „der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten ... aus dem Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen“.^[6] Ergänzend ist ein **Vorrang zugelassener cannabishaltiger Fertigarzneimittel** vorgesehen: Die vertragsärztliche Versorgung hat zunächst mit einem zugelassenen Fertigarzneimittel „im Rahmen eines sechsmonatigen Therapieversuchs zu erfolgen“, bevor cannabishaltige Rezepturen (Extrakte u. a.) erstattungsfähig werden.^[6] Standardisierte Extrakte sowie Dronabinol und Nabilon sollen nach derzeitigem Stand grundsätzlich erstattungsfähig bleiben – **getrocknete Blüten nicht**.^[7]

Fachlich brisant: Es gibt **derzeit nur sehr wenige zugelassene cannabishaltige Fertigarzneimittel**, die zudem nur für wenige Anwendungsgebiete zugelassen sind. Ein Großteil der rund 65.000 Kassenpatient:innen wird bislang mit Rezepturarzneimitteln versorgt.^[7] Kritiker:innen aus Apothekerschaft und Fachverbänden bewerten die Vorrangregel daher als Versorgungseinschnitt ohne belegte Einsparwirkung.^[7]

1.2 Strang B – MedCanG-Novelle (Verschreibung & Vertrieb)

Der Regierungsentwurf zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes sieht vor, dass die Verschreibung von Cannabisblüten „ausschließlich nach einem persönlichen Kontakt zwischen der Patientin oder dem Patienten und einer Ärztin oder einem Arzt erfolgen darf“ (Praxis oder Hausbesuch); bei Folgeverschreibungen ist ein persönlicher Kontakt **mindestens einmal pro vier Quartale** erforderlich, in den übrigen Quartalen bleibt Telemedizin möglich. Zusätzlich soll der **Versandhandel** mit Medizinalcannabis untersagt werden; der **Botendienst der Apotheken bleibt** unberührt.^[1]

Das Bundesgesundheitsministerium begründet die Novelle mit einer „bedenklichen Fehlentwicklung“: Die Importe von Cannabisblüten stiegen im ersten Halbjahr 2025 gegenüber dem Vorjahr um mehr als **400 %** (von rund 19 auf rund 80 Tonnen), während die GKV-Verordnungen nur im einstelligen Prozentbereich zunahmen – ein Hinweis auf die Belieferung von Selbstzahler:innen über Online-Plattformen ohne persönlichen Arzt- oder

Apothekenkontakt.^[1] Diese Begründung ist für die spätere Argumentation relevant: **Sie adressiert den Selbstzahler-Kanal, nicht die etablierte GKV-Bestandsversorgung.**

2. Wer konkret betroffen ist – und was offen bleibt

Im Zentrum stehen gesetzlich Versicherte, deren Blüthenherapie bereits seit längerer Zeit läuft und die eine **Kostenübernahmeusage** ihrer Krankenkasse besitzen. Viele dieser Therapien wurden nach umfangreicher ärztlicher Prüfung begonnen und über Jahre individuell titriert.^[7] Für diese Gruppe sind drei Punkte fachlich zentral:

- **Was beschlossen ist:** die grundsätzliche Herausnahme getrockneter Blüten aus dem GKV-Leistungsanspruch (Strang A), Inkrafttreten zum 1. Januar 2027 vorgesehen.
- **Was offen ist:** ob und wie **bereits erteilte Genehmigungen** fortgelten, ob es **Übergangs- oder Bestandsschutzregelungen** gibt und wie Kassen im Einzelfall verfahren. Umfassende Übergangsregelungen sind bislang nicht vorgesehen; die rechtliche Behandlung bestehender Genehmigungen ist nicht abschließend geklärt.^[7]
- **Was gilt bis dahin:** unverändert die bisherige Rechtslage. Für Betroffene besteht aktuell **kein Anlass für eigenmächtige Therapieänderungen**.^[7]

Wirtschaftlich ist die Dimension erheblich: Cannabisblüten zählen zu den kostenintensiveren Therapieformen; ohne Kostenübernahme können je nach Dosierung monatliche Eigenkosten im dreistelligen Bereich entstehen.^[7]

3. Gesundheitswissenschaftliche Einordnung

Der fachliche Kern für den Schutz von Bestandspatient:innen liegt nicht in einer politischen Bewertung, sondern in **Patient:innensicherheit** und **Versorgungskontinuität**. Beides lässt sich sachlich, evidenzorientiert und ohne Überhöhung darstellen.

3.1 Evidenzlage – ehrlich eingeordnet

Die **Begleiterhebung nach § 31 Abs. 6 SGB V** (BfArM, Abschlussbericht 2022) wertete rund **21.000** anonymisierte Datensätze seit 2017 aus. Mehr als **75 %** der Behandlungen erfolgten wegen chronischer Schmerzen; rund **70 %** der Patient:innen berichteten eine verbesserte Lebensqualität, in etwa **75 %** der Fälle wurde eine Symptomlinderung dokumentiert.^[4] Für Blüten wurden im Vergleich zu anderen Cannabisarzneimitteln tendenziell weniger Nebenwirkungen und eine hohe Therapietreue berichtet.^[4]

Wichtige methodische Einordnung

Die Begleiterhebung ist **Versorgungsforschung auf Beobachtungsbasis**, kein randomisiert-kontrolliertes Studienprogramm; ihre Aussagekraft ist entsprechend begrenzt.^[5] Auch die Bundesärztekammer verweist darauf, dass für die Verordnung von Cannabisblüten keine hochwertige (RCT-)Evidenz vorliegt.^[8] Diese Differenzierung – **Beobachtungsdaten und klinische Erfahrung einerseits, kontrollierte Evidenz andererseits** – gehört in jede seriöse Darstellung. Sie schwächt das Kontinuitätsargument nicht, sondern macht es belastbar: Es stützt sich auf den *individuell dokumentierten* Verlauf, nicht auf pauschale Wirksamkeitsversprechen.

3.2 Risiken einer erzwungenen Umstellung oder Absetzung

§ 31 Abs. 6 SGB V setzt für die Genehmigung voraus, dass eine „nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome“ besteht.^[9] Ist dieser Nutzen bei einer stabil eingestellten Person bereits **dokumentiert eingetreten**, spricht dies gesundheitswissenschaftlich für die Fortführung. Eine erzwungene Umstellung oder ein therapeutischer Bruch bergen demgegenüber konkrete Risiken:

- **Wirkverlust und Symptomexazerbation** (z. B. erneute Schmerzzunahme, Schlaf- und Funktionsverschlechterung) bei nicht äquivalenter Ersatztherapie;
- **galenische und pharmakologische Nicht-Äquivalenz:** Blüten unterscheiden sich von standardisierten Extrakten und zugelassenen Fertigarzneimitteln in Applikation, Anflutung, Cannabinoid-/Begleitstoffspektrum und individueller Titration;
- **Verlust von Teilhabe und Funktionsfähigkeit** (Arbeits-, Alltags- und Versorgungsfähigkeit) bei Destabilisierung;
- **Ausweichen in unregulierte Selbstversorgung** aus illegalen Quellen mit Qualitäts-, Sicherheits- und Rechtsrisiken – ein von Fachverbänden ausdrücklich benanntes Risiko.^[10]

Diese Punkte sind keine Heilsversprechen, sondern **Sicherheits- und Kontinuitätsargumente:** Sie beschreiben, was bei einem Bruch einer wirksamen, ärztlich überwachten Therapie plausibel droht.

4. Rechtlicher Rahmen & mögliche Schutzmechanismen

Die folgende Darstellung ist eine **allgemeine, vorläufige rechtliche Einordnung** zur Orientierung – keine Rechtsberatung im Sinne des RDG. Die Prüfung des Einzelfalls obliegt qualifizierter Rechtsberatung (Fachanwält:innen für Sozial-/Medizinrecht, unabhängige Patientenberatung, Sozialberatung).

A. Die Kostenübernahmezusage als Verwaltungsakt

Eine erteilte Kostenübernahme der Krankenkasse ist regelmäßig ein **begünstigender Verwaltungsakt**. Ihre Aufhebung richtet sich nach dem Sozialverwaltungsverfahrensgesetz (SGB X) und ist an Voraussetzungen gebunden – sie folgt **nicht automatisch** aus einer Gesetzesänderung.

I. Aufhebung für die Zukunft (§ 48 SGB X)

Ändern sich die rechtlichen oder tatsächlichen Verhältnisse wesentlich, kann ein Dauerverwaltungsakt **mit Wirkung für die Zukunft** aufgehoben werden (§ 48 SGB X).^[11] Eine gesetzliche Neuregelung *kann* eine solche wesentliche Änderung darstellen; ob und ab wann sie eine bestehende Genehmigung erfasst, hängt von der konkreten Ausgestaltung und etwaigem Übergangsrecht ab.

II. Rücknahme rechtswidriger Begünstigungen (§ 45 SGB X)

Für die Rücknahme eines von Anfang an rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsakts gelten enge Voraussetzungen und ausdrücklicher **Vertrauensschutz** (§ 45 SGB X).^[12]

B. Vertrauens- und Bestandsschutz

Aus dem Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 3 GG) folgt ein grundsätzlicher **Vertrauensschutz** in bestehende, begünstigende Entscheidungen; berührt sind zudem der Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) sowie der Gleichheitssatz (Art. 3 GG). Für laufende, wirksame und ärztlich indizierte Therapien lässt sich hieraus ein Argument für **Übergangs- bzw. Bestandsschutz** ableiten.

C. Verhältnismäßigkeit und Regelungszweck

Der erklärte Zweck der Neuregelung ist die Korrektur einer Fehlentwicklung im **Selbstzahler-Segment** (Online-Plattformen, Privatrezepte).^[1] Bestandspatient:innen mit dokumentiert wirksamer, ärztlich überwachter GKV-Therapie zählen nicht zu dieser Zielgruppe. Eine Regelung, die diese Gruppe unterschiedslos miterfasst, wirft daher Fragen der **Verhältnismäßigkeit** und der sachgerechten Differenzierung auf.

D. Verfahrensrechtliche Optionen im Einzelfall

Lehnt eine Kasse die weitere Kostenübernahme ab, ist der Ablehnungs- bzw. Aufhebungsbescheid maßgeblich. Gegen ihn ist regelmäßig der **Widerspruch** statthaft (Monatsfrist, § 84 SGG);^[13] in dringenden Fällen kommt zudem **einstweiliger Rechtsschutz** vor dem Sozialgericht in Betracht (§ 86b SGG).^[14] Fristen und Erfolgsaussichten sind einzelfallabhängig und rechtlich zu prüfen.

E. EU-rechtliche Bedenken gegen das Versandverbot (Strang B)

Für das geplante Versandhandelsverbot werden **EU-rechtliche Zweifel** geltend gemacht: Ein solches Verbot könnte eine „Maßnahme gleicher Wirkung“ im Sinne des Art. 34 AEUV (Warenverkehrsfreiheit) darstellen; zudem ist eine Notifizierung nach der Transparenzrichtlinie (RL (EU) 2015/1535) berührt, deren Unterbleiben die Unanwendbarkeit der Vorschrift nach sich ziehen kann.^[2]

5. Praxisrelevanz für Fachkreise

Aus der Verzahnung von Gesundheitswissenschaft und Sozialrecht ergibt sich ein konkreter, unaufgereger Handlungsrahmen – für Ärzt:innen, Apotheken und Berater:innen gleichermaßen.

5.1 Dokumentation als Rückgrat jeder Argumentation

Eine belastbare Bestandsschutz-Argumentation steht und fällt mit nachvollziehbarer Dokumentation. Sinnvoll sind insbesondere: Genehmigungs-/Bewilligungsbescheide, bisherige Verordnungen, Apothekenbelege, ärztliche Verlaufsdokumentation (Wirksamkeit, Funktions-/Schmerzverlauf, Vortherapien, Unverträglichkeiten) sowie der vollständige Schriftwechsel mit der Krankenkasse.^[7]

5.2 Ärztliche Verlaufs- und Wirksamkeitsdarstellung

Für die Frage der Fortführung ist die ärztlich dokumentierte, individuell **spürbare positive Einwirkung** auf Krankheitsverlauf/Symptomatik zentral (vgl. § 31 Abs. 6 SGB V). Eine strukturierte Verlaufsdarstellung – Ausgangsbefund, Vortherapien, erreichter Nutzen, Konsequenzen einer Umstellung – stärkt die Position, ersetzt aber keine ärztliche Therapieentscheidung.

5.3 Ruhe vor Aktionismus

Bis zur Verkündung und zum Inkrafttreten gilt die bisherige Rechtslage. Eigenmächtige Therapieänderungen sind zu vermeiden; Entscheidungen der Kasse sollten **schriftlich** eingeholt und archiviert werden, um die Rechtsposition zu sichern.^[7]

6. Die Rolle der professionellen Gesundheitsberatung

Zwischen ärztlicher Behandlung und anwaltlicher Rechtsberatung besteht eine Lücke, die viele Betroffene allein tragen: das **Ordnen, Dokumentieren und Vorbereiten**. Genau hier setzt professionelle Gesundheitsberatung / Medizinalfachberatung an – als ergänzende, koordinierende Leistung, die ärztliche und juristische Verantwortung nicht ersetzt, sondern zuarbeitet:

- Strukturierte Aufbereitung von Befunden, Verlauf und Versorgungsbedarf (entscheidungsreife Unterlagen);
- Vorbereitung von Arztterminen und der Kommunikation mit Kostenträgern;
- Orientierung zu sozialrechtlichen Abläufen (Antrag, Widerspruch, Fristen) – ohne Rechtsberatung im Sinne des RDG;
- Verweis an ärztliche und juristische Stellen dort, wo Diagnose, Therapieentscheidung, Verordnung oder verbindliche Rechtsberatung erforderlich sind.

In eigener Sache · Angebot der Medizinalfachberatung

Unterstützung bei Dokumentation, Vorbereitung & Koordination

Wir unterstützen bei Dokumentation, Vorbereitung und Versorgungscoordination – unabhängig, evidenzorientiert, komplementär zur ärztlichen Versorgung.

» Kostenloses Erstgespräch – 20 Min.

Angebot der Medizinalfachberatung & Management Wornath-Enriquez. Die fachliche Einordnung oben ist davon unabhängig und frei nutzbar.

7. Risiken, Grenzen & nächste Schritte

7.1 Grenzen dieser Einordnung

Die politische Lage ist dynamisch; Verfahrensstände, Übergangsregelungen und Auslegungen können sich ändern. Maßgeblich ist der verkündete Gesetzestext. Die evidenzbezogenen Aussagen beruhen überwiegend auf Beobachtungs- und Versorgungsdaten; kontrollierte Evidenz zu Cannabisblüten ist begrenzt. Rechtliche Aussagen sind allgemein gehalten und ersetzen keine Einzelfallprüfung.

7.2 Empfohlene nächste Schritte

- **Bestandspatient:innen:** Therapie ärztlich fortführen, Unterlagen vollständig sichern, Kassenentscheidungen schriftlich dokumentieren, Fristen (Widerspruch) im Blick behalten.
- **Ärzt:innen/Apotheken:** Verlauf und Wirksamkeit strukturiert dokumentieren; Umstellung nur medizinisch indiziert und begleitet.
- **Alle:** Entwicklung über seriöse Quellen verfolgen (BMG, BfArM, Fachgesellschaften, Patientenverbände) und bei Ablehnung frühzeitig qualifizierte Rechts-/Sozialberatung einbeziehen.

Quellen

1. Bundesministerium für Gesundheit (2025): *Fragen und Antworten zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes* (Stand 08.10.2025). [bundesgesundheitsministerium.de](https://www.bundesgesundheitsministerium.de)
2. Legal Tribune Online (2025): *Medizinisches Cannabis – Verstoßen die BMG-Pläne gegen EU-Recht?* lto.de
3. Bundesregierung (2025): *Strengere Regeln für medizinisches Cannabis*. [bundesregierung.de](https://www.bundesregierung.de)
4. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022): *Abschlussbericht der Begleiterhebung nach § 31 Abs. 6 SGB V*. [bfarm.de](https://www.bfarm.de) (PDF) · [Pressemitteilung](#)
5. Deutsches Ärzteblatt (2022): *Begleiterhebung zu medizinischem Cannabis – bedingt aussagekräftig*. [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de)
6. Bundesministerium für Gesundheit (2026): *GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz* (Gesetzesübersicht; Bundestagsbeschluss 10.07.2026). [bundesgesundheitsministerium.de](https://www.bundesgesundheitsministerium.de)
7. Pharmazeutische Zeitung (2026): *Vorrangregelung bei Cannabis als „Fremdkörper im Spargesetz“*. [pharmazeutische-zeitung.de](https://www.pharmazeutische-zeitung.de)
8. Bundesärztekammer (2026): *Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes* (12.01.2026). [bundesaerztekammer.de](https://www.bundesaerztekammer.de)
9. § 31 Abs. 6 SGB V – Cannabis als Leistung der GKV. [gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de)
10. Cannabis-Fachverbände (2025): *Gemeinsame Stellungnahme – Medizinische Cannabisblüten und Therapiefreiheit erhalten*. [vca-deutschland.de](https://www.vca-deutschland.de)
11. § 48 SGB X – Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse. [gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de)
12. § 45 SGB X – Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes. [gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de)
13. § 84 SGG – Widerspruch (Frist). [gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de)
14. § 86b SGG – Einstweiliger Rechtsschutz vor dem Sozialgericht. [gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de)

Autor: Nicolas C. Enriquez, Medizinalfachberatung & Management Wornath-Enriquez – erstellt mit Unterstützung von KI. Stand: 15. Juli 2026.