Wenn gesetzlich Versicherte Medizinalcannabis als Arzneimittel erhalten möchten, stellt sich häufig eine zentrale Frage: Wann gilt eine Erkrankung im Sinne des § 31 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) als „schwerwiegend“? Die Antwort ist wichtig für die ärztliche Verordnung und – wenn die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden sollen – für den Antrag auf Kostenübernahme.



Eine einzelne Diagnose reicht dafür nicht automatisch aus. Entscheidend ist die konkrete Situation: Wie stark beeinträchtigt die Krankheit den Alltag? Welche Behandlungen wurden versucht oder kommen nicht infrage? Und ist nach ärztlicher Einschätzung eine positive Wirkung durch Cannabisarzneimittel zu erwarten? Dieser Beitrag erklärt die Rechtslage, den Weg zum Rezept und worauf Versicherte bei den **kostenuebernahme voraussetzungen** achten sollten. Er ersetzt keine individuelle medizinische oder rechtliche Beratung.

Was steht in § 31 Abs. 6 SGB V?

§ 31 Absatz 6 SGB V regelt unter bestimmten Voraussetzungen den Anspruch gesetzlich Versicherter auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten sowie mit Arzneimitteln, die Dronabinol oder Nabilon enthalten. Der Anspruch ist an mehrere Bedingungen geknüpft. Die Vorschrift ist keine pauschale Freigabe von Cannabis als Behandlung für jede Erkrankung und kein Anspruch auf ein bestimmtes Produkt oder eine bestimmte Sorte.

Im Kern geht es um drei Punkte: Es muss eine schwerwiegende Erkrankung vorliegen, eine allgemein anerkannte Leistung nach dem medizinischen Standard darf nicht zur Verfügung stehen oder im Einzelfall nicht anwendbar sein, und es muss eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome geben. Die Beurteilung muss sich auf den Einzelfall beziehen.

Wann ist eine Erkrankung „schwerwiegend“?

Das Gesetz versteht eine Erkrankung als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Dabei kommt es nicht allein auf den Namen der Diagnose an. Eine Erkrankung, die bei einer Person nur geringe Einschränkungen verursacht, kann bei einer anderen mit erheblichen, anhaltenden Beschwerden und deutlichen Folgen für das tägliche Leben einhergehen.

Lebensbedrohlich oder dauerhaft stark beeinträchtigend

Eine Erkrankung kann schwerwiegend sein, wenn sie ohne Behandlung voraussichtlich lebensbedrohliche Folgen hat. Die zweite gesetzliche Alternative betrifft eine dauerhafte, nachhaltige Beeinträchtigung der Lebensqualität. Dabei können zum Beispiel anhaltende starke Schmerzen, erhebliche Einschränkungen der Beweglichkeit, schwere Schlaf- oder Funktionsprobleme oder belastende Symptome eine Rolle spielen. Ob diese Schwelle im konkreten Fall erreicht ist, muss ärztlich beurteilt und nachvollziehbar dokumentiert werden.

Die Prüfung ist damit weder eine reine Diagnoseliste noch eine subjektive Selbsteinschätzung. Für den Antrag ist hilfreich, wenn die Auswirkungen konkret beschrieben werden: Was kann die betroffene Person im Alltag nicht mehr oder nur eingeschränkt tun? Wie häufig treten die Beschwerden auf? Wie lange bestehen sie schon? Welche Folgen gibt es für Schlaf, Selbstversorgung, Arbeit oder soziale Teilhabe?

Keine automatische Anerkennung nach Diagnose

Aus einer bestimmten Erkrankung folgt nicht automatisch ein Anspruch auf eine Cannabistherapie oder auf deren Finanzierung durch die GKV. Umgekehrt kann eine Erkrankung auch dann schwerwiegend sein, wenn sie nicht in einer vermeintlich abschließenden Liste auftaucht. Maßgeblich sind die gesetzliche Definition und die individuelle medizinische Begründung – nicht die Erwartung, dass eine bestimmte Diagnose stets zu einer Genehmigung führt.

Welche weiteren Voraussetzungen gelten für die Kostenübernahme?

Auch wenn die Erkrankung schwerwiegend ist, müssen die übrigen Voraussetzungen erfüllt sein. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss insbesondere darlegen, weshalb eine allgemein anerkannte Standardbehandlung nicht zur Verfügung steht, nicht angewendet werden kann oder nach ärztlicher Abwägung im konkreten Fall nicht geeignet ist. Außerdem muss eine begründete Aussicht auf einen positiven Effekt bestehen. Ein sicherer Erfolg wird nicht verlangt; eine bloß theoretische oder entfernte Möglichkeit genügt jedoch nicht.

- **Schwerwiegende Erkrankung:** lebensbedrohlich oder dauerhaft und nachhaltig beeinträchtigend.
- **Behandlungssituation:** Eine anerkannte Standardtherapie ist nicht verfügbar, nicht anwendbar oder im Einzelfall nicht vertretbar.
- **Positive Wirkungsaussicht:** Es gibt eine medizinisch begründete, nicht nur ganz entfernte Aussicht auf eine spürbare Wirkung.
- **Ärztliche Entscheidung:** Die Verordnung beruht auf einer Abwägung des individuellen Nutzens und der Risiken.

Die Dokumentation sollte nicht nur aufzählen, was bereits versucht wurde. Sie sollte – soweit für den konkreten Fall relevant – auch festhalten, welche Wirkung oder Nebenwirkungen auftraten, weshalb Behandlungen beendet wurden und warum noch bestehende Alternativen nicht geeignet sind. Welche Unterlagen sinnvoll sind, hängt von der Erkrankung und der bisherigen Behandlung ab.

GKV-Antrag: Genehmigung vor der ersten Verordnung

Bei einer erstmaligen Versorgung aufgrund von § 31 Absatz 6 SGB V ist grundsätzlich vor Beginn der Behandlung eine Genehmigung der Krankenkasse einzuholen. Der **gkv antrag** wird im üblichen Ablauf von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt mit medizinischer Begründung unterstützt beziehungsweise eingereicht. Die Krankenkasse kann den Medizinischen Dienst (MD) zur Begutachtung einschalten. Für bestimmte ärztliche Fachgruppen sieht das Gesetz Ausnahmen von der vorherigen Genehmigung vor. Ob eine Ausnahme greift, sollte die verordnende Praxis im konkreten Fall prüfen.

Die Krankenkasse darf einen Antrag nicht allein deshalb ablehnen, weil Cannabis eine besondere Therapieform ist. Sie prüft aber, ob die gesetzlichen Bedingungen erfüllt und nachvollziehbar begründet sind. Eine Genehmigung ist außerdem keine Zusage, dass jede spätere Therapieänderung oder jedes gewünschte Produkt automatisch bezahlt wird. Bei Ablehnung können Versicherte die Begründung prüfen und innerhalb der im Bescheid genannten privatversicherung cannabis erstattung Frist Widerspruch einlegen. Dabei kann eine ergänzende ärztliche Stellungnahme hilfreich sein.

Weg zum Rezept: ärztliche Abwägung statt Produktwahl zuerst

Der Weg beginnt mit einem Gespräch über Beschwerden, Diagnosen, bisherige Behandlungen, Begleiterkrankungen und mögliche Risiken. Die ärztliche Entscheidung richtet sich nach der medizinischen Situation und umfasst auch die Frage, ob eine Cannabistherapie überhaupt sinnvoll ist. Ein Rezept ist nicht schon deshalb angezeigt, weil eine Person eine bestimmte Sorte oder Darreichungsform bevorzugt.

1. **Beschwerden und Verlauf besprechen:** Symptome, Dauer und Einschränkungen im Alltag möglichst konkret schildern.
2. **Behandlungsverlauf zusammentragen:** Frühere und aktuelle Therapien, ihre Wirkung und mögliche Nebenwirkungen dokumentieren.
3. **Risiken und Alternativen abwägen:** Die Ärztin oder der Arzt prüft, ob eine Cannabistherapie medizinisch vertretbar ist und welche Behandlung infrage kommt.
4. **Kostenübernahme klären:** Wenn die GKV zahlen soll, wird – soweit erforderlich – vor der ersten Verordnung der Antrag gestellt.
5. **Wirkung kontrollieren:** Bei einer Behandlung sind Verlauf, Nutzen, Nebenwirkungen und gegebenenfalls Anpassungen ärztlich zu überprüfen.

Eine Online-Anfrage kann einen ersten strukturierten Kontakt ermöglichen, ersetzt aber weder die ärztliche Prüfung noch eine erforderliche Genehmigung der Krankenkasse. Die **Releaf Online-Anfrage mit medizinischem Fragebogen** kann Interessierten dabei helfen, Angaben zu ihrer Situation geordnet zusammenzustellen. Ob eine Behandlung oder ein Rezept medizinisch infrage kommt, entscheidet jedoch eine Ärztin oder ein Arzt nach eigener Prüfung.

Rechtslage und Kosten nach dem 30.07.2026

Für Versicherte ist wichtig, die Verordnung von der Erstattung zu unterscheiden. Dass Medizinalcannabis ärztlich verordnet werden kann, bedeutet nicht automatisch, dass die GKV die Kosten übernimmt. Für die Erstattung nach § 31 Absatz 6 SGB V gelten weiterhin die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen und – soweit vorgeschrieben – das Genehmigungsverfahren.

Der 30.07.2026 wird mitunter als Stichtag für „neue Vorgaben 2026“ genannt. Ein Datum allein ändert die gesetzlichen Ansprüche jedoch nicht: Maßgeblich sind die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen

Gesetzesänderungen, deren konkreter Inhalt und mögliche Übergangsregeln. Ohne eine verifizierte, amtliche Änderung, die gerade die Voraussetzungen des § 31 Absatz 6 SGB V betrifft, sollte daraus keine neue pauschale Anspruchsregel abgeleitet werden. Versicherte sollten deshalb Bescheide, aktuelle Hinweise ihrer Krankenkasse und die geltende Gesetzesfassung prüfen. Bei Unsicherheit kann die behandelnde Praxis oder eine unabhängige Beratungsstelle weiterhelfen.

Auch die tatsächlichen Kosten können je nach Arzneimittel, verordneter Menge, Abgabe und Versicherungsstatus variieren. Bei einer genehmigten Versorgung richtet sich die Abrechnung nach den geltenden Regeln der GKV. Wird die Behandlung privat bezahlt, sollte vorab bei der Apotheke oder Praxis nach den voraussichtlichen Kosten gefragt werden. Eine Selbstzahlung ersetzt nicht automatisch die Möglichkeit, nachträglich eine Erstattung zu erhalten.

Sorten und Verfügbarkeit: hilfreich zur Orientierung, nicht für die Anspruchsprüfung

Sorteninformationen können bei der medizinischen Beratung eine ergänzende Rolle spielen. Die **Releaf Sortenseiten** sind eine deutsche Strain-Datenbank, also eine Datenbank zu Cannabissorten. Sie können als Orientierung dienen, etwa um verfügbare Produktinformationen zu vergleichen. Sortenbezeichnungen oder Angaben zu Inhaltsstoffen belegen für sich genommen aber weder eine individuelle Wirksamkeit noch die Voraussetzungen für einen GKV-Antrag.

Eine Verfügbarkeitsübersicht ist außerdem eine Momentaufnahme. Sie sagt nicht aus, welche Sorte für eine bestimmte Person geeignet ist, ob ein Produkt verordnet werden darf oder ob die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Die Auswahl und Verordnung liegen bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt; die Abgabe erfolgt über die Apotheke.

Ranking nach Verfügbarkeit – Datenstand 11.11.2026

Ein belastbares Ranking setzt konkrete, zum Stichtag erhobene Verfügbarkeitsdaten voraus. Da hier keine auslesbare Rangliste oder Einzelbestände der Releaf-Datenbank vorliegen, wäre es nicht seriös, Sortenplätze oder Bestandszahlen zu nennen. Für eine redaktionelle Veröffentlichung sollte die Sortenübersicht direkt am 11.11.2026 geprüft und die Rangfolge nach einer klaren Methode erstellt werden – beispielsweise anhand der Zahl der gelisteten Produkte, die an diesem Stichtag als verfügbar ausgewiesen werden.



Angabe Für ein nachvollziehbares Ranking erforderlich Datenquelle Releaf-Sortenseiten beziehungsweise die zugrunde liegende Verfügbarkeitsübersicht Stichtag 11.11.2026, mit dokumentierter Uhrzeit oder Abrufdatum Rangfolge Einheitliches Kriterium, zum Beispiel Zahl der als verfügbar gelisteten Produkte Einordnung Verfügbarkeit ist eine Momentaufnahme und keine medizinische Empfehlung

Was Versicherte praktisch vorbereiten können

Wer eine Kostenübernahme beantragen möchte, kann das Gespräch mit der Praxis vorbereiten. Hilfreich sind ein zeitlicher Überblick über die Beschwerden, vorhandene Befunde und eine Liste bisheriger Behandlungen. Auch konkrete Beispiele für die Einschränkungen im Alltag können die Einschätzung erleichtern. Es ist nicht erforderlich, die medizinische Begründung selbst zu formulieren: Diese muss ärztlich verantwortet werden.

- Beschwerden, Häufigkeit und Dauer möglichst konkret notieren.
- Vorhandene Befunde und eine Übersicht früherer Therapien mitbringen.
- Wirkung, Nebenwirkungen und Gründe für einen Therapieabbruch festhalten.
- Vor Behandlungsbeginn klären, ob eine vorherige GKV-Genehmigung erforderlich ist.
- Bei einer Ablehnung Frist und Begründung des Bescheids beachten.

Fazit: Schwerwiegend ist eine Einzelfallfrage

Bei § 31 Absatz 6 SGB V bedeutet „schwerwiegende Erkrankung“: Die Krankheit ist lebensbedrohlich oder beeinträchtigt die Lebensqualität dauerhaft und nachhaltig. Zusätzlich müssen die gesetzlichen Voraussetzungen zur Behandlungssituation und zur Aussicht auf eine positive Wirkung erfüllt sein. Eine Diagnose allein garantiert weder ein Rezept noch eine Kostenübernahme.

Für die **kostenuebernahme voraussetzungen** kommt es auf eine nachvollziehbare ärztliche Abwägung und – soweit erforderlich – die Genehmigung vor der ersten Verordnung an. Hinweise zu den **neue vorgaben 2026** sollten anhand amtlicher Rechtsquellen geprüft werden; der genannte Stichtag 30.07.2026 ist für sich genommen kein Beleg für eine Änderung des Anspruchs. Datenbanken wie Releaf können bei der

Orientierung zu Sorten und Verfügbarkeit helfen, ersetzen aber weder die medizinische Entscheidung noch die Prüfung durch die Krankenkasse.