



Auswirkungen eines Verbots der telemedizinischen Cannabis-Verschreibung und des Versandhandels auf die Gesetzlichen Krankenversicherungen

2025

Diese Studie wurde durchgeführt von:

IPE Institute for Policy Evaluation GmbH, Oskar-von-Miller-Strasse 16
60314 Frankfurt, info@ipe-evaluation.de

www.ipe-evaluation.de



VORWORT

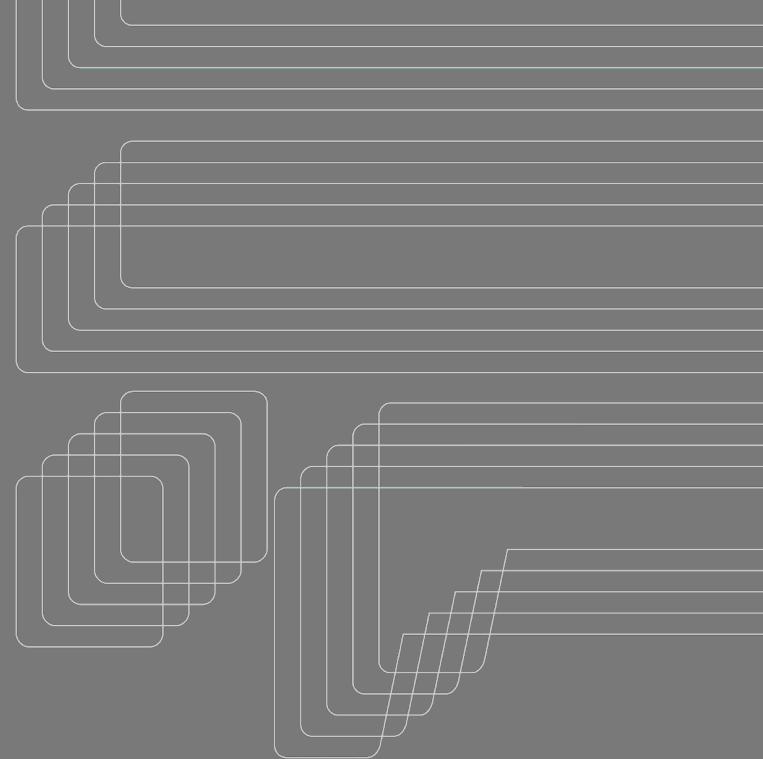
Seit fast zehn Jahren suchen verschiedene Koalitionen nach Wegen, den Umgang mit Cannabis rechtlich zu ordnen. Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften wurde ein entscheidender Schritt getan: ÄrztlInnen können seither Cannabisblüten und -extrakte in pharmazeutischer Qualität auf einem Betäubungsmittelrezept verschreiben. Versicherte mit schwerwiegenden Erkrankungen haben – nach Genehmigung durch ihre Krankenkasse – Anspruch auf eine Kostenübernahme. Diese Regelung markierte für viele den Durchbruch für den medizinischen Einsatz von Cannabis, während andere darin einen Bruch mit bisherigen Prinzipien des Arzneimittelrechts sahen.

Heute, fast ein Jahrzehnt später, ringt die Politik weiter um den passenden gesetzlichen Rahmen. Modellprojekte für einen legalen Umgang mit Freizeit-Cannabis können inzwischen beantragt werden, doch eine umfassende Legalisierung bleibt umstritten. Auch im Bereich des medizinischen Cannabis stehen Reformen an: Mit dem aktuellen Gesetzesentwurf zur Änderung des Medizinal-Cannabis-Gesetzes (MedCang) verfolgt die Bundesregierung das Ziel, Arzneimittel- und Patientensicherheit zu stärken und potenziellen Missbrauch, etwa über Telemedizin-Plattformen, einzudämmen. Vorgesehen ist unter anderem ein Verbot von Fernverschreibungen und ein Verbot des Versandhandels von Cannabisblüten.

Diese Studie stellt vor allem die behauptete Aufwandsneutralität dieses Vorhabens infrage – insbesondere die Pflicht, dass medizinisches Cannabis nur nach persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt verschrieben werden darf. Ziel ist es, die derzeitigen Einsparungen und erwartbaren Konsequenzen dieser Regelung aufzuzeigen und mögliche Alternativen aufzuzeigen, auch im Hinblick auf die langfristige Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitswesens.



Philipp Mauch
CEO | Werter
mauch@werter.com





Executive Summary

Das Bundesgesundheitsministerium plant eine Verschärfung der Abgaberegeln für medizinisches Cannabis, die telemedizinische Erstverschreibungen sowie den Versandhandel mit Cannabisblüten verbieten soll. Im Gegensatz zur im Gesetzesentwurf angenommenen Kostenneutralität lässt diese Analyse darauf schließen, dass finanzielle und organisatorische Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem entstehen könnten.

Derzeitige Einsparungen GKV

2,9 MRD EUR

Die geplanten Änderungen würden die jährlichen Einsparungen für die Gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) von knapp 2,9

Milliarden Euro in Frage stellen. Dieser Anstieg resultiert hauptsächlich aus der Verlagerung von bisherigen SelbstzahlerInnen in die GKV, die sich mit Erstattungsbeträgen konfrontiert sieht, die deutlich über den aktuellen Marktpreisen liegen. Zusätzlich entstünden Kosten von etwa 23 Millionen Euro durch schätzungsweise 650.000 zusätzliche Arzttermine. Für rund 820.000 PatientInnen würde der Zugang zu ihrer Medikation erheblich erschwert.

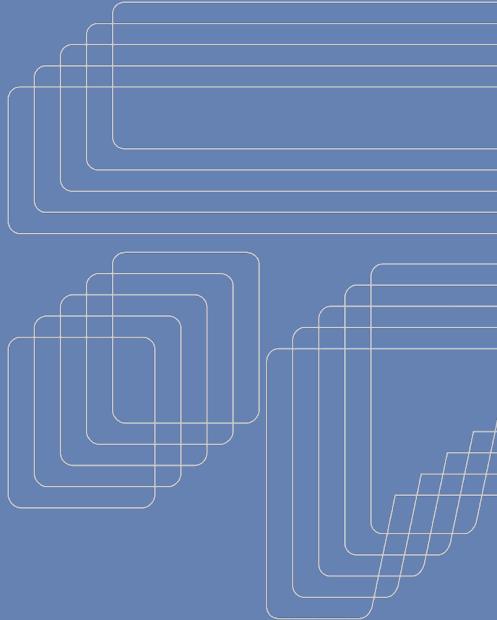
Anzahl an GKV-PatientInnen vor und nach Gesetzesentwurf

Davor 170.000

Danach **820.000**

Die Berechnung dieser Einsparungen basiert auf einer detaillierten Bottom up Analyse, die Methoden wie Webscraping, Marktumfragen und Prognosen von Importmengen einbezieht. Nicht quantifizierte, aber wesentliche Folgewirkungen umfassen eine mögliche Stärkung des illegalen Marktes, eine erhöhte Verschreibung von Opioiden und eine zusätzliche Belastung für das Personal in Arztpraxen und Apotheken.

Insgesamt zeigt die Analyse, dass die geplante Regulierung die erheblichen Einsparungen in Frage stellt und die strukturelle Belastung für die GKV, PatientInnen sowie das gesamte Gesundheitssystem zunehmen könnte.



Executive Summary	2
Einleitung	3
Hintergrund und regulatorischer Rahmen	4
Methodik	6
1. Therapieeinsparungen zulasten der GKV	6
2. Jährlicher Arztbesuch	8
3. Gesamtberechnung	9
Ergebnisse	10
Diskussion	11
Sensitivitätsanalyse	13



Einleitung

Seit der Liberalisierung des Medizinal-Cannabisgesetzes (MedCanG) im April 2024 hat sich die Versorgung mit medizinischem Cannabis in Deutschland grundlegend verändert. Mit der Herausnahme aus dem Betäubungsmittelgesetz und der Einführung von elektronischen Rezepten wurde der Zugang für PatientInnen erheblich erleichtert. Besonders die Telemedizin hat sich seitdem als ein zentraler Zugangsweg etabliert: Sie ermöglicht eine niedrigschwellige und ortsunabhängige Verschreibung. Parallel dazu hat der Versandhandel mit medizinischem Cannabis für eine verstärkte Preis- und Angebotsdynamik gesorgt.

Nach den Reformen des Jahres 2024 hat sich die Nutzung von medizinischem Cannabis in Deutschland ausgeweitet. Medizinisches Cannabis wird insbesondere bei chronischen Schmerzen, bestimmten neurologischen Erkrankungen oder in der Palliativmedizin eingesetzt und gilt als Alternative zu herkömmlichen Schmerzmitteln mit oftmals geringerem Suchtpotenzial.¹ In Folge der gestiegenen Nachfrage nach medizinischem Cannabis nahm auch der Import deutlich zu und erreichte im ersten Halbjahr 2025 bereits fast 81 Tonnen.²

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesgesundheitsministerium nun einen Gesetzesentwurf vorgelegt, der eine deutliche Verschärfung der Regulierung vorschlägt.³ Zwei Maßnahmen stehen dabei im Mittelpunkt: Zum einen soll der Versandhandel mit medizinischem Cannabis untersagt werden, sodass PatientInnen ihre Medikamente ausschließlich in stationären Apotheken beziehen können. Zum anderen soll die telemedizinische Erstverschreibung untersagt werden, wodurch eine Behandlung ausschließlich nach einer persönlichen Arztkonsultation möglich wäre. Auch für Folgerezepte soll mindestens einmal jährlich ein persönlicher Termin verpflichtend werden. Begründet wird dies mit dem Ziel, die persönliche Beratung in den Vordergrund zu stellen und die ärztliche Kontrolle zu verstärken.

Die geplanten Maßnahmen werfen die Frage auf, welche ökonomischen Folgen sich daraus insbesondere für die GKV ergeben könnten. Bisher finanzieren viele PatientInnen ihre



Cannabistherapie selbst, da sie nicht auf die GKV zurückgreifen können oder wollen. Mit der neuen Regelung entfällt die Wahlfreiheit: PatientInnen, die bislang als Selbstzahler über Telemedizin und Versandapothen versorgt wurden, wären künftig gezwungen, ihre Behandlung über persönliche Arztbesuche abzuwickeln und in die Regelversorgung der GKV zu wechseln. Vor diesem Hintergrund wird in unserer Analyse angenommen, dass die GKV künftig sämtliche bisherigen Selbstzahlende vollständig übernimmt.

Der Gesetzesentwurf geht dabei ausdrücklich von einer Kostenneutralität aus und erklärt, dass durch die neue Regelung keinerlei Mehrkosten entstehen würden - genau diese Annahme bildet die Motivation für unsere Analyse. Ziel unserer Analyse ist es, die Hypothese der Kostenneutralität zu untersuchen und die in Frage stehenden Einsparungen für die GKV zu quantifizieren. Das Resultat versteht sich als Beitrag zu einer faktenbasierten gesundheitspolitischen Diskussion. Sie zeigt auf, welche Kostenwirkungen mit den geplanten Änderungen verbunden sein könnten und welche gesamtgesellschaftlichen Implikationen sich daraus ergeben.

¹ Bundesärztekammer (2017). FAQ-Liste zum Einsatz von Cannabis in der Medizin, S.8.

² Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025). Medizinalcannabisverkehr – Ein-/Ausfuhr.

³ Bundesministerium für Gesundheit (2025). Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes.



Hintergrund & regulatorischer Rahmen



Die rechtliche Grundlage für die medizinische Versorgung mit Cannabis in Deutschland wurde bereits 2017 geschaffen: Seit dem 10. März 2017 haben gesetzlich Versicherte nach entsprechender Indikationsstellung durch ÄrztlInnen den Anspruch auf Versorgung mit Cannabisblüten oder -extrakten, wenn keine gleichwertige Standardtherapie verfügbar ist.⁴ Der damalige Mechanismus sah den Anbau und Vertrieb durch eine zentrale Cannabisagentur am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor, die über Ausschreibungsverfahren bestimmte Anbieter auswählte und Cannabis zentral vermarktete.

Ein entscheidender Wandel erfolgte mit dem Cannabisgesetz (CanG), das am 27. März 2024 im Bundestag beschlossen und nach Zustimmung im Bundesrat am 1. April 2024 in Kraft trat.⁵ Das Gesetz ist ein sogenanntes Artikelgesetz und gliedert sich in zwei Teile:

1. Das Konsumcannabisgesetz (KCanG), regelt den privaten Besitz, Anbau und Konsum von Cannabis unter bestimmten Bedingungen (z. B. bis zu 25g im öffentlichen Raum, drei Pflanzen privat, soziale Clubs ab Juli 2024).⁶

2. Das Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG), ordnet Cannabis zu medizinischen und medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken neu. Mit Inkrafttreten des MedCanG am 1. April 2024 wurde medizinisches Cannabis aus dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) herausgelöst und stattdessen als verschreibungspflichtiges Arzneimittel definiert, das nach den Regeln des Arzneimittelrechts (u. a. mithilfe der Arzneimittelverschreibungsverordnung) verordnet werden kann. Zudem wurde das bisherige Ausschreibungsverfahren durch die Cannabisagentur abgeschafft. Stattdessen unterliegt der Anbau und Vertrieb nun einem Erlaubnisverfahren, das es Unternehmen erlaubt, ihre Produkte eigenständig zu vermarkten und damit Marktbedingungen zu schaffen, die stärker an Nachfrage orientiert sind. Die Cannabisagentur übernimmt künftig nur noch die Rolle der Erlaubniserteilung und Überwachung.⁷

Bereits im Juni 2024 wurden Änderungen am MedCanG durch Artikel 2 eines neuen Gesetzes vorgenommen, die am 26. Juni 2024 in Kraft traten. Aktuell liegen zudem ein Gesetzesentwurf für eine weitergehende Reform vor: Im Juni 2025 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Gesetzesentwurf zur Änderung des MedCanG eingebracht, der

⁴ Bundesgesundheitsministerium (2017). Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften („Cannabis als Medizin“).

⁵ Bundesgesundheitsministerium (2024). Cannabisgesetz (CanG).

⁶ Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2024). Gesetz zum Umgang mit Konsumcannabis (Konsumcannabisgesetz - KCanG).

⁷ Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2024). Gesetz zur Versorgung mit Cannabis zu medizinischen und medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken (Medizinal-Cannabisgesetz - MedCanG).

unter anderem Anbieter telemedizinischer Leistungen und Versandapothenen stärker regulieren will, mit dem erklärten Ziel, Fehlentwicklungen zu korrigieren und die PatientInnen-Sicherheit zu erhöhen.⁸ Eine Verschreibung von Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken soll nur noch nach einem persönlichen ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakt erfolgen, entweder in der Praxis oder im Rahmen eines Hausbesuchs. Auch für Folgerezepte wäre künftig mindestens ein persönlicher Kontakt innerhalb der letzten vier Quartale in derselben Arztpraxis vorgeschrieben. Reine Online-Verschreibungen über telemedizinische Plattformen sollen damit nicht mehr möglich sein. Geplant ist außerdem ein Verbot des Versandhandels mit Cannabisblüten, um die Abgabe künftig ausschließlich in Vor-Ort Apotheken zu ermöglichen, mit dem Ziel, dass eine fachgerechte Beratung sichergestellt ist.

Der Gesetzesentwurf nimmt Bezug auf die Entwicklung der Importzahlen von Cannabisblüten: Nach Angaben des BfArM stiegen diese zwischen dem ersten und zweiten Halbjahr 2024 um rund 170%, während die Verordnungen über die Gesetzliche Krankenversicherung im gleichen Zeitraum lediglich um etwa 9% zunahmen. Ein Teil des Marktwachstums entfiel damit offenbar auf Verordnungen außerhalb der GKV, vielfach über Privatrezepte und unter Nutzung telemedizinischer Angebote.

Die Verschreibung von medizinischem Cannabis erfolgt entweder als Kassenrezept oder als Privatrezept. Die tatsächliche Kostenübernahme hängt sowohl vom Gutachten des behandelnden Arztes als auch von der Entscheidung der jeweiligen Krankenkasse ab. Wird diese nicht bewilligt oder möchten PatientInnen die Behandlung unabhängig von der GKV beginnen, greifen Betroffene häufig auf Privatrezepte zurück, die sie selbst bezahlen müssen. Gerade hier haben telemedizinische Angebote in den vergangenen Monaten einen wichtigen Beitrag geleistet: Sie ermöglichen einen niedrigschwlligen Zugang, insbesondere für chronisch kranke Menschen oder für PatientInnen in ländlichen Regionen, wo ärztliche Versorgung teilweise nur eingeschränkt verfügbar ist.



⁸ Bundesministerium für Gesundheit (2025). Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes.



Methodik

Um die finanziellen Auswirkungen der geplanten Gesetzesänderung zu quantifizieren, verfolgt diese Analyse einen detaillierten Bottom up Ansatz. Die Berechnung der in Frage stehenden Einsparungen für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gliedert sich in zwei zentrale Blöcke. Zuerst werden die Therapieeinsparungen analysiert, die durch die angenommene Verlagerung von Selbstzahlenden in die GKV sowie durch den Wegfall günstigerer Versandhandelspreise entstehen. Datengrundlage hierfür sind offizielle Importstatistiken, GKV Erstattungssätze sowie durch Webscraping und Marktstudien ermittelte Preise. Anschließend werden die zusätzlichen Kosten für die neu verpflichtenden persönlichen Arztkonsultationen auf Basis der geltenden ärztlichen Abrechnungsziffern kalkuliert.

1. Therapieeinsparungen zulasten der GKV

Mengenberechnung: Wieviel medizinisches Cannabis wird konsumiert?

Der Import von medizinischem Cannabis hat sich in den vergangenen Quartalen sehr dynamisch entwickelt. Teilweise lag das Quartalswachstum über 50% (siehe Tabelle 2). Aktuell liegen offizielle Zahlen für das erste Halbjahr 2025 vor: In Q1 und Q2 wurden zusammen etwa 81 Tonnen Cannabis importiert, das Wachstum hat sich bei rechnerischen 16% stabilisiert. Für Q3 und Q4 nehmen wir einen gleichbleibenden Trend an. Das bedeutet, die Importzahlen⁹, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht hat, mit der durchschnittlichen Wachstumsrate der letzten beiden Quartale weiter steigen. So ergibt sich ein geschätzter Jahreskonsum für 2025 von rund 188 Tonnen. Dieser Wert wird als Grundlage für unsere Analyse verwendet. Inländischer Anbau kann vernachlässigt werden, da er aufgrund des begrenzten Ausschreibeverfahrens bisher auf 2,6 Tonnen jährlich limitiert wurde. Es wird unterstellt, dass die gesamte Importmenge auch konsumiert wird.

Die Importmengen seit Anfang 2024 werden wie folgt in Tabelle 2 dargestellt:

Importmenge von medizinischem Cannabis in Tonnen

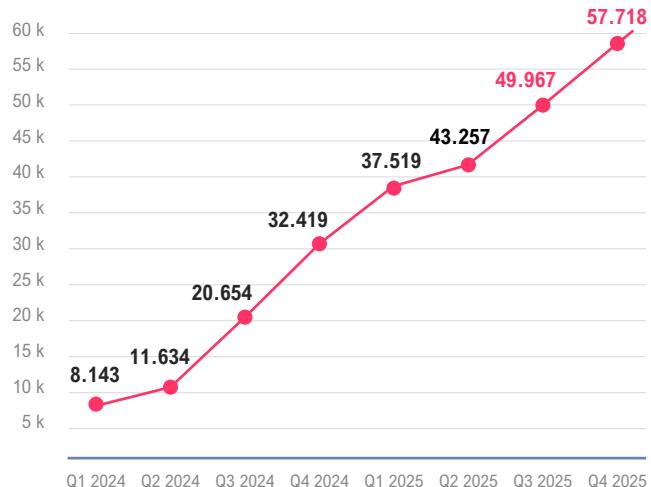


Tabelle 2:
Importmengen von medizinischem Cannabis nach Deutschland

ZEITPUNKT	IMPORTMENGEN [T]	WACHSTUM ZUM VORQUARTAL
Q1 2024	8.143	
Q2 2024	11.634	43%
Q3 2024	20.654	78%
Q4 2024	32.419	57%
Q1 2025	37.519	16%
Q2 2025	43.257	15%

⁹ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025). Medizinalcannabisverkehr – Ein-/Ausfuhr.

Cannabispreise im Online-Versandhandel

Für die Ermittlung der aktuellen Preise im Versandhandel wurden Daten von spezialisierten Online-Apotheken herangezogen. Diese Anbieter verfügen aufgrund von Großeinkäufen und effizienteren Lieferketten häufig über besonders wettbewerbsfähige Preise. Die Preisrecherche erfolgte über die Vergleichsplattform Flowzz, die eine Übersicht über Angebote verschiedener Apotheken bietet und damit das typische Suchverhalten vieler PatientInnen abbildet.

An einem zufällig ausgewählten Tag im August 2025 (25.08.2025) wurden insgesamt 1.311 Preise durch Web-Scraping erhoben. Da die Präferenzen der PatientInnen hinsichtlich Produktart und -form stark variieren, wurde für die Berechnungen (anstelle des Durchschnittspreises) der Medianpreis von 6,49 € pro Gramm als robustes Maß herangezogen.

Vor-Ort-Apothekenpreise

Zur Erhebung der Preise in Vor-Ort Apotheken wurde eine kleine Marktstudie durchgeführt. Dabei wurden 21 zufällig ausgewählte Apotheken deutschlandweit kontaktiert und die jeweils geforderten Endkundenpreise erhoben. Aus den erfassten Daten wurde der Durchschnittspreis von 14,08 € pro Gramm gebildet, der die typische Preisgestaltung stationärer Anbieter widerspiegelt.

Anteil Versandapotheken

Um zu bestimmen, wie viele PatientInnen beim Wegfall des Versandhandels auf den stationären Apothekenmarkt ausweichen müssten, ist zunächst der Anteil zwischen Online- und Vor-Ort-Apotheken zu ermitteln. Es wird angenommen, dass aktuell 58% dieser Menge über Online-Apotheken bestellt werden.¹⁰ Die Zahl beruht auf einer repräsentativen Umfrage des Zahlungsnetzwerkes Klarna, die das Shoppingverhalten von 18.000 VerbraucherInnen in 11 Ländern erfragt hat. Ergänzend stützt sich die Annahme auf Branchenschätzungen, die davon ausgehen, dass mindestens die Hälfte der PatientInnen beim Wegfall des Online-Zugangs keine auf Cannabis spezialisierte Apotheke im Umkreis von 10 km finden würde, in ländlichen Regionen vermutlich noch mehr und gerade dort ist der Anteil an Cannabis-PatientInnen überdurchschnittlich hoch.¹¹

GKV-Erstattungsbeiträge

Der GKV-Erstattungspreis wurde auf Basis der Importmenge und der PatientInnen-Anzahl geschätzt. Geht man von 188 Tonnen importiertem medizinischen Cannabis aus und von 820.000 PatientInnen im medizinischen Cannabis-Bereich aus,¹² ergibt sich eine durchschnittliche Konsummenge von ca. 19 Gramm pro Monat und Person. Die Preisberechnung pro Gramm wurde anhand der *Anlage 10 Hilfstaxe*¹³ für unverarbeitetes Cannabis in Blütenform durchgeführt. Die Kostenaufschlüsselung wird wie folgt abgerechnet:

- Abrechnungsfähig sind grundsätzlich 9,52€ pro Gramm.
- Zusätzlich können in Abhängigkeit von der verordneten Menge folgende Fixzuschläge abgerechnet werden:
 - Bis einschließlich 15,0g: 9,52€ pro Gramm
 - 15,0g bis einschl. 30,0 g: 3,70€ je weiteres Gramm
 - 30,0 g: 2,60€ je weiteres Gramm
- Auf Grundlage dieser Erstattungsauflage ergibt sich ein durchschnittlicher Netto-GKV-Erstattungspreis von 17,78€ pro Gramm:

$$\frac{(19g \times 9,52\text{€}) + (15g \times 9,52\text{€}) + (4g \times 3,70\text{€})}{19g} = 17,78 \text{ €/g}$$

- Zusätzliche abrechenbare Kosten für Packmittel o.Ä. wurde in dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

Auf diesen Betrag wird die Mehrwertsteuer aufgeschlagen, sodass sich ein **Brutto-GKV-Erstattungspreis von 21,16€ pro Gramm** ergibt, der in den weiteren Berechnungen zur Quantifizierung der Gesamtkosten zugrunde gelegt wird.

Apotheken-Marktpreise vs. GKV-Erstattungsbeitrag pro Gramm	
Online	7€
Vor-Ort	14€
GKV	21€

¹⁰ Klarna (2022). Online-Shopping ungebremst: Deutsche noch vor USA auf Platz 3.

¹¹ Bloomwell (2025). „Welche Alternative bleibt mir noch?“ – Versandverbot würde die Hälfte aller Cannabis-Patient:innen deutschlandweit bedrohen.

¹² Handelsblatt (2025). Was 2025 beim Cannabis-Konsum erlaubt ist.

¹³ GKV Spaltenverband (2021). Anlage 10 Teil 2: Preisbildung für Cannabisblüten aller Sorten in unverändertem Zustand S.3.

2. Jährlicher Arztbesuch

Die neue Anforderung obligatorischer persönlicher Konsultationen (sowohl Erst- als auch jährliche Folgekonsultationen) für die Verschreibung von medizinischem Cannabis wird voraussichtlich zu einem Anstieg der Abrechnung zusätzlicher medizinischer Leistungen über die reine Verschreibung hinausführen.

Anzahl GKV-PatientInnen vor und nach Gesetzesentwurf

Davor 170.000

Danach 820.000

Um die GKV-Erstattungskriterien (z.B. die Beurteilung einer „schwerwiegenden Erkrankung“, die Dokumentation ausgeschöpfter Standardtherapien und die Bewertung des „positiven Effekts“) zu erfüllen, müssen ÄrztInnen gründlichere Untersuchungen, detaillierte Anamnesen und umfangreiche Beratungen durchführen. Dies wird wahrscheinlich zu einer vermehrten Abrechnung allgemeiner Konsultations-EBM-Ziffern führen. Obwohl diese zusätzlichen Leistungen medizinisch gerechtfertigt sein mögen, um eine ordnungsgemäße Beurteilung und Dokumentation zu gewährleisten, wird ihr erhöhtes Volumen, das durch den neuen Rahmen bedingt ist, zu höheren GKV-Ausgaben beitragen. Die exakten Kosten sind nicht kalkulierbar, da sie von den individuellen

Entscheidungen der ÄrztInnen und Krankenkassen abhängen. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen einmaligen Kosten (Fixkosten), die aus der Beantragung resultieren (Stellungnahme für die Krankenkasse: GOP 01626) sowie Kosten durch eine häufigere Auslösung der Quartalspauschale (Kosten je nach Alter der PatientInnen zwischen 14,13€ und 24,79€).¹⁴ Eine detaillierte Modellierung dieser Kosten geht über das Ziel dieser Kurzstudie hinaus. Um realistische Mindestkosten anzunehmen, wurde die Abrechnung der Quartalspauschale mit dem gewichteten Durchschnitt der Altersverteilung Deutschlands berechnet.¹⁵ Zusammen mit der Pauschale der ärztlichen Stellungnahme (GOP 01626) i.H.v 17,72€¹⁶ ergibt sich ein Durchschnitt von 28,48€ an abrechenbaren Kosten pro PatientInn.

Bei 820.000 PatientInnen bedeutet das eine mindeste Zusatzbelastung für die GKV von ungefähr 23,35 Mio€. Darüber hinaus verursacht die neue Regelung auch eine Belastung der Arztpraxen mit ungefähr 650.000 zusätzlichen Terminen, die durch den Wechsel bisheriger Selbstzahler zur GKV entstehen.

Es wird angenommen, dass bisherige Selbstzahlende keinen persönlichen Arztbesuch in Anspruch genommen haben. Eine entsprechende empirische Datengrundlage liegt jedoch nicht vor.



¹⁴ Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) (Q3/2025). 03000 Versichertenpauschale.

¹⁵ Statistisches Bundesamt (2024). Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre.

¹⁶ Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) (Q3/2025). 01626 - Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis.

3. Gesamtberechnung

Zur Bestimmung des Anteils ehemaliger Selbstzahlender, deren Ausgaben künftig von der GKV übernommen werden könnten, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Nach Angaben des Verbandes der Cannabis versorgenden Apotheken (VCA) wurden bislang lediglich rund 20% der eingereichten Rezepte von den Krankenkassen übernommen.¹⁷ Vor der Teillegalisierung lag dieser Anteil noch bei etwa 40%. Diese Entwicklung stützt unsere Annahme, dass nach Inkrafttreten des Gesetzesentwurfs mit einer höheren Kostenübernahme durch die GKV zu rechnen ist. Da wir den Entscheidungsprozess von PatientInnen und Krankenkassen nicht vorhersehen können nehmen wir für diese Analyse vereinfachend an, dass alle PatientInnen erfolgreich einen Antrag auf Kostenübernahme bei der GKV stellen, und folglich alle Ausgaben künftig von der GKV getragen werden. Dabei wurde angenommen, dass sich die aktuelle Preisstruktur nicht substanziell verändert, weder am Markt noch bei der GKV. Nachfragegetriebene Preissteigerungen

bleiben also genauso unberücksichtigt wie zukünftige Veränderungen der Erstattungspreise.

Da jedoch nicht alle Versicherten gesetzlich krankenversichert sind, wurde in der Modellierung ein weiterer Anpassungsfaktor berücksichtigt: 89% der Erwerbstätigen sind Mitglied der GKV, während privat Versicherte in dieser Kalkulation nicht einbezogen werden.¹⁸

Die bisherigen Einsparungen zugunsten der GKV ergeben sich somit aus dem Brutto-GKV-Erstattungspreis pro Gramm multipliziert mit der geschätzten Importmenge, gewichtet mit dem Anteil der Selbstzahlenden, deren Kosten künftig übernommen würden, sowie dem Anteil der GKV-Versicherten. Auf diese Weise lässt sich die zukünftige finanzielle Belastung für die GKV unter den Annahmen des Gesetzesentwurfs quantifizieren.



Wie beschrieben lassen sich zwei zentrale Kostenblöcke unterscheiden:

1. Therapieeinsparungen

Diese sinken einerseits durch höhere Preise infolge des Wegfalls des Versandhandels, andererseits durch die vollständige Übernahme der bisherigen Selbstzahlenden durch die GKV.

2. Ärztliche Behandlungskosten

Zusätzliche Aufwendungen entstehen durch verpflichtende persönliche Arztkonsultationen, die insbesondere bei der Erstverschreibung und regelmäßig für Folge-rezepte erforderlich werden.

¹⁷ Deutsche Apothekerzeitung (2024). Medizinalcannabis ist gefragt – heimische Produktion wird ausgebaut.

¹⁸ Statistisches Bundesamt (2023). Qualität der Arbeit - Krankenversicherungsschutz.



Ergebnisse

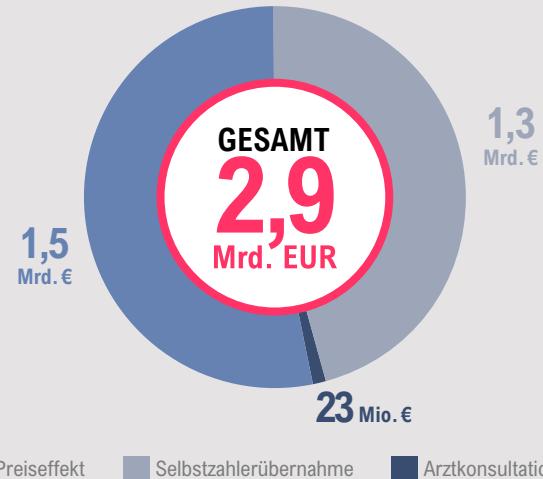
Die Modellrechnung quantifiziert die derzeitigen Einsparungen für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die aus einem Verbot der telemedizinischen Erstverschreibung und des Versandhandels für medizinisches Cannabis zur Disposition stehen. Die Analyse indiziert jährliche finanzielle Einsparungen für die GKV von rund 2,89 Milliarden Euro. Diese Summe setzt sich aus zwei primären Komponenten zusammen: den direkten Therapieeinsparungen und den Kosten für ärztliche Konsultationen.

Der mit Abstand größte Anteil der Einsparungen entfällt auf die direkten Therapieeinsparungen, die sich auf jährlich ca. 2,87 Milliarden Euro belaufen. Diese Einsparungskomponente ist das Resultat zweier simultaner Effekte: Zum einen entsteht ein Preiseffekt durch den Wegfall preisgünstigerer Online-Angebote und den ausschließlichen Bezug über stationäre Apotheken zu GKV-Erstattungssätzen. Zum anderen wird eine Kostenverlagerung antizipiert, bei der die Therapieausgaben von bisherigen Selbstzahlenden zukünftig vollständig von der GKV getragen werden.

Als zweite wesentliche Einsparungskomponente wurden die Aufwendungen für die neu verpflichtenden Arztbesuche identifiziert. Die Analyse ergibt, dass die hierfür anfallenden und abrechenbaren ärztlichen Leistungen zusätzliche Kosten in Höhe von rund 23,3 Millionen Euro pro Jahr verursachen. Dieser Betrag korrespondiert mit einem geschätzten Mehraufwand von mindestens 650.000 zusätzlichen Arztkonsultationen jährlich, was eine signifikante Belastung der ambulanten Versorgungskapazitäten darstellt.

Zusammenfassend lässt die Analyse den Schluss zu, dass die vorgeschlagene Gesetzesänderung im Widerspruch zur Annahme der in Frage stehenden Einsparungen steht. Über die quantifizierten finanziellen Effekte hinaus ist zudem von erheblichen organisatorischen und administrativen Mehrbelastungen für Arztpraxen, Apotheken und die kassenärztlichen Selbstverwaltungsorgane auszugehen, die in dieser Analyse nicht monetär bewertet wurden.

Jährliche Einsparungen GKV





Diskussion



Im aktuellen Gesetzesentwurf wird ausdrücklich betont, dass durch die geplanten Maßnahmen keine zusätzlichen Kosten für das Gesundheitssystem entstehen würden. Die zur Disposition stehenden Einsparungen zeigen jedoch das Gegenteil: Sowohl Krankenkassen als auch ÄrztInnen und PatientInnen wären erheblich stärker belastet. Die analysierten Mehrkosten in Höhe von rund 2,9 Mrd. € jährlich stellen ein direktes Gegenargument zur These der Kostenneutralität dar. Die Dimension dieser Ausgaben wird noch deutlicher im Vergleich zu aktuellen gesundheitspolitischen Reformvorhaben: Allein durch die Krankenhausreform entstehen ab 2027 jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 3 Mrd. €.

3,6 Mrd EUR
GKV-Finanzierungslücke

gleichzeitig sinnvoller ist.

Von den Gesamteinsparungen entfallen etwa 1,5 Mrd. € auf den reinen Preiseffekt. Dieser ergibt sich aus der Differenz zwischen den marktüblichen Preisen und den von Erstattungssätzen der GKV. Mit anderen Worten: Die gesetzliche

Krankenversicherung würde Cannabisprodukte systematisch zu höheren Preisen einkaufen, als dies bislang im Selbstzahler-Bereich üblich ist. Hinzu kommen rund 1,3 Mrd. €, die auf eine

Kostenverlagerung von privaten zu gesetzlichen Rezepten zurückzuführen sind. Würden diese Rezepte künftig über die GKV laufen, entstünde eine erhebliche zusätzliche Belastung der Krankenkassen. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist diese Konstellation problematisch. Einerseits steigen die GKV-Ausgaben, ohne dass dadurch zwangsläufig ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen entsteht, denn die gleiche Versorgung würde schlicht von der Solidargemeinschaft anstelle der Privatpersonen getragen. Dies führt zu einer ineffizienten Mittelverwendung, da finanzielle Ressourcen fehlen könnten, um tatsächlich unversorgte PatientInnenengruppen oder innovative Therapien zu finanzieren. Andererseits setzt eine Ausweitung der Erstattung Fehlanreize: PatientInnen und ÄrztInnen könnten verstärkt auf Kassenrezepte ausweichen, selbst wenn eine Selbstzahlung öko-

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen den Apotheken deutlich höhere Preise für Cannabisprodukte als Selbstzahler.



nomisch vertretbar wäre.

Das Konsumverhalten in der Realität kann jedoch variieren und ein Teil der Produkte wird möglicherweise nicht abgesetzt. Zweitens wurde keine Marktverlagerung in Richtung des illegalen Marktes berücksichtigt. Sollte ein Teil der Nachfrage dorthin ausweichen, könnten die tatsächlichen Ausgaben der GKV geringer ausfallen als hier dargestellt. Drittens ist die Datenlage unzureichend: Es liegen nur eingeschränkt belastbare Zahlen zu PatientInnenzahlen, Verschreibungspraktiken und Abrechnungsverhalten vor.

Weiterhin ergeben sich durch zusätzliche ärztliche Konsultationen bereits mindestens 23 Mio.€ an Mehrkosten. Dieser Wert ist jedoch vermutlich unterschätzt, da in der Praxis häufig der Medizinische Dienst hinzugezogen wird, um über die Bewilligung von GKV-Anträgen für Cannabis zu entscheiden. Dessen Leistungen würden ebenfalls über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet und könnten die Kosten um bis zu weitere 49 Mio.€ erhöhen. Zusätzlich wären weitere ärztliche Abrechnungspositionen denkbar, beispielsweise GOP 03220 (Zuschlag zur Betreuung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen) oder GOP 03230 (problemorientiertes ärztliches Gespräch). Diese Faktoren deuten darauf hin, dass die Kosten in diesem Bereich deutlich höher liegen könnten als in der Basiskalkulation angenommen.

Darüber hinaus ist die geplante Regulierung mit Folgeeffekten verbunden, die in dieser Analyse nicht quantifiziert wurden: PatientInnen hätten künftig einen deutlich eingeschränkten Zugang zu ihren Medikamenten. Besonders problematisch wäre die Situation in ländlichen Regionen, da es in vielen ländlichen Regionen oftmals keine spezialisierte

Cannabis-Apotheke im erreichbaren Umkreis gibt. Telemedizin und Versandhandel haben diese Versorgungslücken bisher geschlossen. Ohne diese Option entstehen indirekte Kosten durch den zusätzlichen Weg in eine Praxis oder Apotheke, etwa Zeitverlust, Fahrtkosten oder die Belastung durch längere Wege. Gerade für PatientInnen, die Cannabis zur Behandlung chronischer Erkrankungen nutzen, sei es im Rahmen einer Schmerztherapie, bei neurologischen Leiden oder anderen Indikationen, bedeutet dies eine zusätzliche Hürde: Viele verfügen nicht über die körperliche Energie oder Mobilität, um regelmäßig weite Strecken zu ÄrztInnen oder Apotheken zurückzulegen. Damit verschärft die Regulierung gerade für diejenigen den Zugang, die ohnehin bereits stark eingeschränkt sind.

Weiterhin stellt sich die Frage, wie PatientInnen auf diese verschärzte Regulierung reagieren würden. Eine Möglichkeit ist, dass sie auf den illegalen Markt ausweichen, wo Produkte nicht standardisiert sind und Qualitätsmängel oder Verunreinigungen auftreten können. Die Stärkung des Schwarzmarkts würde nicht nur gesundheitliche Risiken, sondern auch erhöhte staatliche Vollzugs- und Kontrollkosten nach sich ziehen. Polizei und Justiz müssten verstärkt gegen illegale Strukturen vorgehen, ein Aufwand, der volkswirtschaftlich schwer kalkulierbar, aber wahrscheinlich nicht gering ist. Damit entstehen weitere indirekte Folgekosten, die im Gesetzesentwurf bislang nicht berücksichtigt sind.

Ebenso besteht die Gefahr, dass PatientInnen auf andere verschreibungspflichtige Medikamente ausweichen, darunter auch stark suchterzeugende Opioide, was das Risiko von Abhängigkeiten und zusätzlichen Gesundheitskosten erhöhen würde. Beides widerspricht dem ursprünglichen Ziel einer sicheren, kontrollierten und PatientInnen-orientierten Versorgung.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die geplante Regulierung nicht nur Einsparungen zur Disposition stellen, sondern auch zentrale gesundheitspolitische Ziele gefährden würde. Anstatt die erreichten Fortschritte der Legalisierung zu konsolidieren, besteht die Gefahr, in alte Muster zurückzufallen: Ein stärkerer illegaler Markt, riskantere Ausweichstrategien der PatientInnen und zusätzliche Belastungen für das Gesundheitssystem insgesamt.



Sensitivitätsanalyse

Um die Robustheit unserer Ergebnisse zu überprüfen und die Auswirkungen unterschiedlicher Annahmen transparent darzustellen, führen wir eine Sensitivitätsanalyse durch. Diese wurde auf Basis von variierenden PatientInnenzahlen sowie Importmengen durchgeführt, da diese Faktoren nicht exakt quantifizierbar sind. Bei der Berechnung der Resultate wurde der GKV-Bruttoerstattungspreis in Höhe von 21,16 € pro PatientIn konstant gehalten, da dieser durch Variation der oben genannten Faktoren nicht erheblich verändert.

Die PatientInnenzahlen liegen laut einem Artikel des Handelsblattes¹⁹ (veröffentlicht am 09.08.2025) einer Spannbreite zugrunde, die von Unternehmen aus der Branche geschätzt wurden. So wird ein Rahmen von 160.000 bis 180.000 PatientInnen der gesetzlichen GKV; und 500.000 bis 800.000 Selbstzahlenden von Privatrezepten geschätzt. Dieses Intervall dient in dieser Berechnung als Grundlage für die untere und obere Grenze der Sensitivitätsanalyse. Der Mittelwert des Intervalls wurde als Mittelpunkt der Analyse

angenommen und damit als Berechnungsparameter der Kalkulation (siehe Kapitel „Methodik“, S. 6).

Bezüglich der Importmengen wurden verschiedene Schätzmethoden angewendet, um die Grenzen realistisch abzubilden: als konservative Untergrenze dient der aktuelle Quartalsdurchschnitt aus den ersten zwei Quartalen des Jahres 2025, der auf das restliche Jahr 2025 hochgerechnet wurde. Als Obergrenze dient ein progressives Wachstumszenario, das auf dem durchschnittlichen Wachstum (42%) der Importmenge seit der Legalisierung von Cannabis (Q 2 2024) basiert. Als Mittelpunkt und Zentralwert der Analyse wurde mit der durchschnittlichen Wachstumsrate der letzten Quartale seit Ende 2024 (16%) kalkuliert, da in diesem Studiendesign eine Sättigung des Marktes angenommen wurde (siehe Kapitel „Methodik“).

Wie sich die Gesamtkosten der GKV unter diesen Bedingungen verändern würden, ist in folgender Tabelle dargestellt:

Tabelle 3: Sensitivitätsanalyse

PATIENTINNEN	IMPORTMENGEN [T]		
	161,6	188,5	228,9
660.000	2,45 Mio. €	2,86 Mio. €	3,47 Mio. €
820.000	2,46 Mio. €	2,86 Mio. €*	3,47 Mio. €
980.000	2,46 Mio. €	2,87 Mio. €	3,48 Mio. €

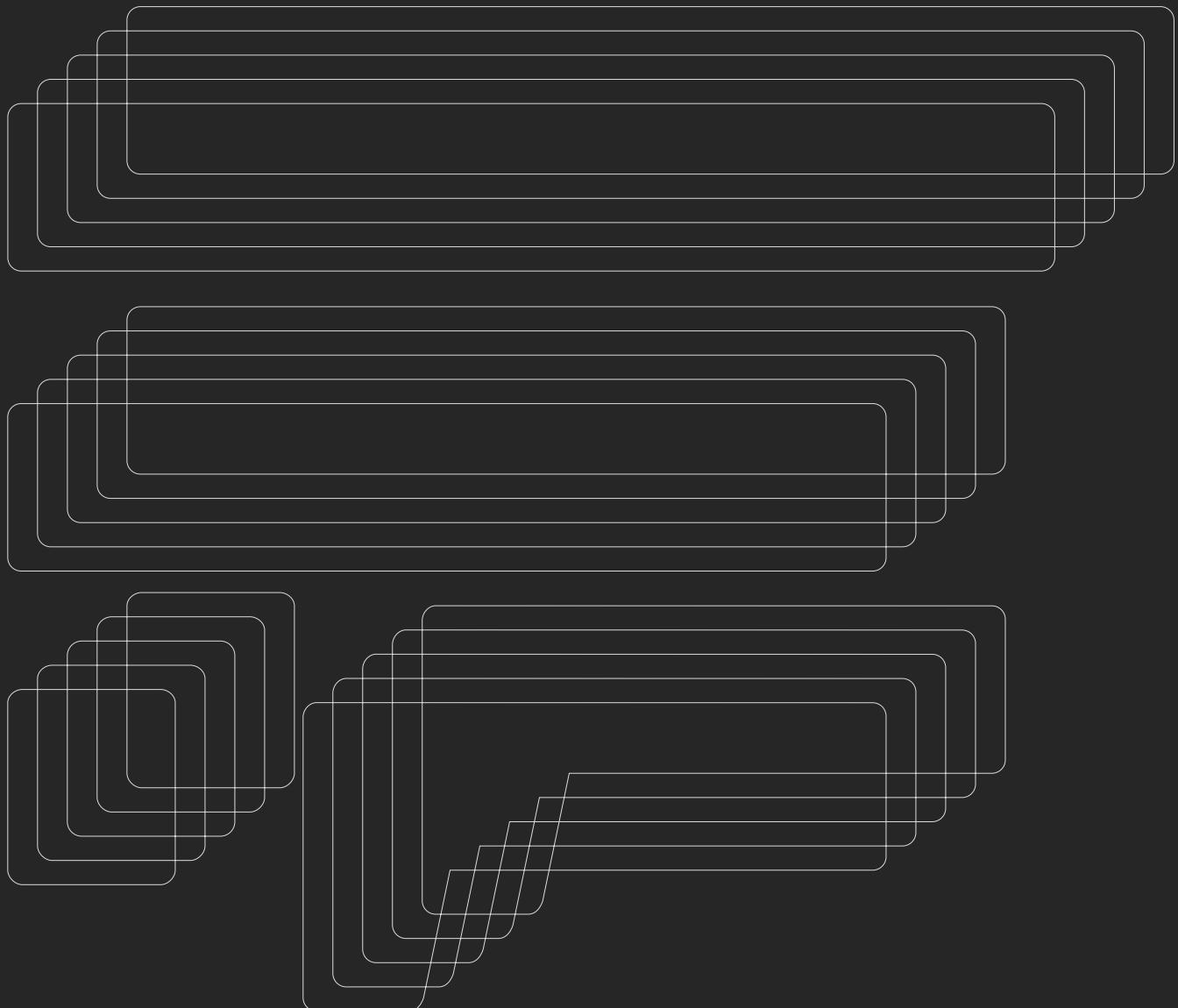
*Hauptergebnis der Studie blau markiert

¹⁹ Handelsblatt (2025). Was 2025 beim Cannabis-Konsum erlaubt ist.





*Institute for
Policy Evaluation*



IPE Institute for Policy Evaluation GmbH

Oskar-von-Miller-Strasse 16
60314 Frankfurt

Telefon: +49 69 67808053

Telefax: +49 69 67808108

E-Mail: info@ipe-evaluation.de

www.ipe-evaluation.de