



Hochkonzentrierte und inhalierbare Cannabisextrakte in der GKV

Was hinter der häufig genannten 25%-Grenze steckt – und was derzeit geklärt ist

Stand: 30. August 2026

Seit dem 30. Juli 2026 gelten neue Regeln für Cannabisarzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Cannabisblüten sind im besonderen Leistungsanspruch nach § 31 Absatz 6 SGB V nicht mehr enthalten. Weiterhin genannt sind dagegen Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität sowie Arzneimittel mit Dronabinol oder Nabilon.

Bei Cannabisextrakten sorgt derzeit vor allem eine Frage für Unsicherheit: Können auch hochkonzentrierte Extrakte mit mehr als 25 Prozent THC grundsätzlich unter diese Regelung fallen?

Die Zahl von 25 Prozent wird inzwischen in verschiedenen Informationen zur GKV-Versorgung genannt. Sie steht jedoch nicht in § 31 Absatz 6 SGB V. Sie stammt aus der speziellen DAB-Monographie ‚Eingestellter Cannabisextrakt‘, die für den dort beschriebenen Extrakttyp einen THC-Gehalt von 1 bis 25 Prozent festlegt.

Diese Übersicht erklärt, woher die 25 Prozent kommen, was diese Angabe tatsächlich bedeutet und weshalb daraus nicht ohne Weiteres eine allgemeine Obergrenze für Cannabisextrakte in der GKV abgeleitet werden kann.

HINWEIS

Diese Übersicht informiert über den aktuellen Quellen- und Diskussionsstand. Sie ersetzt keine individuelle Rechtsberatung, keine medizinische Einzelfallentscheidung und keine pharmazeutische Prüfung eines konkreten Produkts. Aus ihr folgt keine Zusage, dass ein bestimmter Cannabisextrakt von einer gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Im Gesetz steht keine THC-Obergrenze von 25 Prozent. § 31 Absatz 6 SGB V spricht von „Extrakten in standardisierter Qualität“, ohne einen maximalen THC-Gehalt festzulegen.
- Die häufig genannten 25 Prozent stammen aus der speziellen Monographie „Eingestellter Cannabisextrakt“ des Deutschen Arzneibuchs (DAB). In der von uns geprüften DAB-Fassung wird für diesen Extrakt ein THC-Gehalt von 1 bis 25 Prozent nach Gewicht beschrieben.
- 25 Prozent THC entsprechen 250 mg THC pro Gramm Extrakt. Das ist nicht dasselbe wie beispielsweise 25 mg THC pro Milliliter.
- Die von uns geprüften allgemeinen Regeln des Europäischen Arzneibuchs für pflanzliche Extrakte enthalten keine allgemeine Wirkstoff- oder THC-Obergrenze von 25 Prozent.
- Der gesetzliche Begriff „Extrakte in standardisierter Qualität“ existiert bereits seit 2017. Cannabisextrakte wurden schon vor Einführung der speziellen DAB-Monographie im Rahmen des § 31 Absatz 6 SGB V zulasten der GKV eingesetzt.
- Eine Expertengruppe der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (DPhG) vertritt seit August 2026 die fachliche Auffassung, dass auch hochkonzentrierte Cannabisextrakte grundsätzlich „Extrakte in standardisierter Qualität“ sein können. Diese Auffassung ist keine verbindliche Entscheidung über die Kostenübernahme eines konkreten Produkts.
- Bei inhalierbaren Extrakten müssen zusätzlich die konkrete Zubereitung und das verwendete Verdampfungssystem betrachtet werden.

WAS STEHT IM GESETZ?

§ 31 Absatz 6 SGB V nennt seit dem 30. Juli 2026 weiterhin

„Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität“.

Der Gesetzestext nennt dabei keine maximale THC-Konzentration. Er schreibt für Cannabisextrakte auch nicht vor, dass diese ausschließlich über den Mund eingenommen werden müssen.

Was bedeutet „standardisierte Qualität“?

Vereinfacht gesagt muss nachvollziehbar festgelegt und überprüft werden können, was ein Produkt enthält und welche Qualität es besitzt.

Bei einem Cannabisextrakt betrifft das unter anderem seine Zusammensetzung und seinen Wirkstoffgehalt sowie Anforderungen an Herstellung und Prüfung.

Die Bezeichnung als Cannabisextrakt allein reicht dafür nicht aus. Welche pharmazeutischen Qualitätsregeln für ein konkretes Produkt gelten und ob diese eingehalten werden, ist eine eigene Frage.

Auch die übrigen Voraussetzungen des § 31 Absatz 6 SGB V müssen erfüllt sein. Die hier behandelte 25%-Frage betrifft deshalb nur einen Teil der Voraussetzungen für eine Versorgung zulasten der GKV.

CANNABISEXTRAKTE GAB ES IN DER GKV SCHON VOR DER 25%-MONOGRAPHIE

Für die heutige Diskussion ist die zeitliche Entwicklung besonders wichtig.

Als der besondere Leistungsanspruch für Cannabisarzneimittel am 10. März 2017 in Kraft trat, erfasste § 31 Absatz 6 SGB V bereits Cannabis in Form von „Extrakten in standardisierter Qualität“.

Die spätere spezielle DAB-Monographie „Eingestellter Cannabisextrakt“ existierte zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Auch das aktuelle White Paper der DPhG weist ausdrücklich auf diesen zeitlichen Zusammenhang hin.

Dass Cannabisextrakte damals tatsächlich Teil der GKV-Versorgung waren, zeigt die Begleiterhebung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). In diese Erhebung wurden ausschließlich Behandlungen aufgenommen, bei denen eine gesetzliche Krankenkasse die Kosten nach § 31 Absatz 6 SGB V übernommen hatte.

Bereits bei Cannabisextrakten dokumentierte das BfArM:

- 7 Fälle vom Beginn der Erhebung bis zum 31. März 2018,
- 76 Fälle vom 1. April 2018 bis zum 31. März 2019,
- 227 Fälle vom 1. April 2019 bis zum 31. März 2020.

Damit ist belegt, dass Cannabisextrakte bereits im Rahmen des gesetzlichen GKV-Anspruchs eingesetzt wurden, bevor die heute diskutierte spezielle DAB-Monographie maßgeblich werden konnte.

Das ist für die heutige Diskussion wesentlich: Der gesetzliche Begriff „Extrakte in standardisierter Qualität“ ist älter als die spezielle DAB-Monographie und ihre 25%-Spanne.

Daraus folgt nicht, dass heute jeder hochkonzentrierte Extrakt die Voraussetzungen für eine GKV-Versorgung erfüllt. Die historische Entwicklung spricht aber dagegen, den gesetzlichen Begriff von vornherein mit genau dieser später hinzugekommenen DAB-Monographie gleichzusetzen.

WOHER KOMMT DIE 25%-GRENZE?

Die Zahl stammt aus dem Deutschen Arzneibuch, kurz DAB.

Arzneibücher enthalten pharmazeutische Qualitätsregeln für Arzneimittel, Ausgangsstoffe und Zubereitungen. Eine Monographie ist dabei vereinfacht gesagt eine genaue pharmazeutische Beschreibung eines bestimmten Stoffes oder einer bestimmten Zubereitung und der dafür geltenden Qualitätsanforderungen.

Im Deutschen Arzneibuch gibt es die spezielle Monographie:

„Eingestellter Cannabisextrakt“

In dem von uns geprüften Volltext der DAB-Monographie wird für den dort beschriebenen Cannabisextrakt ein THC-Gehalt von

- mindestens 1 Prozent und
- höchstens 25 Prozent (m/m)

festgelegt.

Die Angabe „m/m“ bedeutet, dass es um den Anteil nach Gewicht geht.

Die 25 Prozent sind damit zunächst eine pharmazeutische Spezifikation dieses in der DAB-Monographie beschriebenen Cannabisextrakts.

Sie stehen nicht als allgemeine THC-Obergrenze in § 31 Absatz 6 SGB V.

25 % THC sind nicht 25 mg/ml

Bei Cannabisextrakten werden Wirkstoffgehalte auf unterschiedliche Weise angegeben. Das führt leicht zu Missverständnissen.

25 % THC (m/m) = 250 mg THC pro Gramm Extrakt

Ein flüssiger Cannabisextrakt mit beispielsweise 25 mg THC pro Milliliter enthält dagegen 25 mg THC in einem Milliliter Flüssigkeit.

Das sind zwei unterschiedliche Angaben:

- 25 % (m/m) = 250 mg THC pro Gramm Extrakt
- 25 mg/ml = 25 mg THC pro Milliliter Flüssigkeit

Um mg pro Gramm genau in mg pro Milliliter umzurechnen, muss zusätzlich die Dichte des jeweiligen Extrakts bekannt sein.

Nur bei einer Dichte von genau 1 Gramm pro Milliliter würden 25 % THC rechnerisch auch 250 mg THC pro Milliliter entsprechen.

Die Diskussion über Extrakte mit mehr als 25 Prozent THC betrifft also sehr hoch konzentrierte Produkte. Sie darf nicht mit flüssigen Extrakten verwechselt werden, die beispielsweise 10, 20 oder 25 mg THC pro Milliliter enthalten.

DEUTSCHES UND EUROPÄISCHES ARZNEIBUCH – WARUM IST DER UNTERSCHIED WICHTIG?

Neben dem Deutschen Arzneibuch gibt es das Europäische Arzneibuch, kurz Ph. Eur.

Dort finden sich allgemeine pharmazeutische Regeln für pflanzliche Extrakte. Das Europäische Arzneibuch unterscheidet verschiedene Arten solcher Extrakte – unter anderem Extrakte, die auf einen bestimmten Gehalt therapeutisch wirksamer Inhaltsstoffe eingestellt werden.

In der von uns geprüften allgemeinen Monographie „Extrakte aus pflanzlichen Drogen“ findet sich keine allgemeine Wirkstoff- oder THC-Obergrenze von 25 Prozent. Die 1-bis-25-Prozent-Spanne stammt aus der speziellen deutschen Monographie „Eingestellter Cannabisextrakt“.

Dabei bedeutet „pflanzliche Droge“ im Arzneibuch nicht „Rauschgift“, sondern einen pflanzlichen Ausgangsstoff zur Herstellung eines Arzneimittels.

Für die aktuelle Diskussion folgt daraus zunächst:

Ein Cannabisextrakt mit mehr als 25 Prozent THC entspricht nicht der THC-Spezifikation der speziellen DAB-Monographie „Eingestellter Cannabisextrakt“.

Ein THC-Gehalt von mehr als 25 Prozent entscheidet für sich allein noch nicht darüber, ob ein Produkt pharmazeutisch als Cannabisextrakt einzuordnen ist.

Auch ohne eine allgemeine 25-%-Grenze müssen für das konkrete Produkt die jeweils geltenden pharmazeutischen Qualitätsanforderungen erfüllt sein.

Entscheidend bleibt, welche anerkannten pharmazeutischen Regeln auf das konkrete Produkt anzuwenden sind und ob dieses Produkt die entsprechenden Anforderungen erfüllt.

Genau diese Frage ist für hochkonzentrierte Cannabisextrakte derzeit nicht abschließend bundeseinheitlich geklärt.

WAS SAGT DAS AKTUELLE WHITE PAPER DER DPhG?

Im August 2026 veröffentlichte die Expertengruppe Medizinischer Cannabis der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (DPhG) ein White Paper zu hochkonzentrierten Cannabisextrakten.

Das Papier beschäftigt sich hauptsächlich mit der Taxation, also der Preisberechnung solcher Extrakte in Apotheken. Dafür setzt es sich jedoch auch ausführlich mit der pharmazeutischen Einordnung hochkonzentrierter Cannabisextrakte auseinander.

Die DPhG-Expertengruppe vertritt die Auffassung, dass auch hochkonzentrierte Cannabisextrakte, die nach einer Produktspezifikation auf einen definierten THC-Gehalt eingestellt sind, grundsätzlich als „Extrakte in standardisierter Qualität“ eingeordnet werden können.

Die Expertengruppe vertritt außerdem die Auffassung, dass die Übereinstimmung mit der speziellen DAB-Monographie ‚Eingestellter Cannabisextrakt‘ nicht die alleinige Voraussetzung für die GKV-Versorgung mit einem Cannabisextrakt ist.

Als ein Argument führt die Expertengruppe die historische Entwicklung an: § 31 Absatz 6 SGB V erfasste standardisierte Cannabisextrakte bereits 2017, als diese spezielle Monographie noch nicht existierte.

Was bedeutet das – und was bedeutet es nicht?

Das White Paper ist eine fachgesellschaftliche Bewertung.

Es ist keine gesetzliche Neuregelung und keine verbindliche Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses, einer Krankenkasse, eines Gerichts oder einer Behörde.

Das White Paper entscheidet nicht über die Kostenübernahme eines konkreten hochkonzentrierten Extrakts im Einzelfall.

Es zeigt aber, dass die pauschale Gleichsetzung

„Cannabisextrakt nach § 31 Absatz 6 SGB V = ausschließlich Eingestellter Cannabisextrakt nach DAB = höchstens 25 Prozent THC“

fachlich umstritten ist.

Das vollständige White Paper kann bei der Deutschen Apotheker Zeitung abgerufen werden:

[White Paper zur Taxation von hochkonzentrierten Cannabisextrakten – DAZ](#)

WAS BEDEUTET DAS FÜR EXTRAKTE MIT MEHR ALS 25 PROZENT THC?

Für die Einordnung sind zwei Punkte wichtig:

Der THC-Gehalt allein entscheidet nicht darüber, ob ein GKV-Leistungsanspruch besteht.

Die 25-%-Grenze steht nicht in § 31 Absatz 6 SGB V. Auch die von uns geprüfte allgemeine pharmazeutische Monographie für pflanzliche Extrakte enthält keine solche allgemeine Wirkstoffgrenze. Hinzu kommt die aktuelle fachgesellschaftliche Position der DPhG.

Entscheidend sind zusätzlich die pharmazeutische Qualität und die weiteren Voraussetzungen des § 31 Absatz 6 SGB V.

Für ein konkretes Produkt müssen die erforderliche pharmazeutische Qualität und Standardisierung geklärt sein. Außerdem müssen bei der jeweiligen Patientin oder dem jeweiligen Patienten die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen des § 31 Absatz 6 SGB V erfüllt sein.

Ein THC-Gehalt von mehr als 25 Prozent ist für sich allein keine im Gesetz festgelegte Ausschlussgrenze. Ob ein bestimmter hochkonzentrierter Cannabisextrakt die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt, muss gesondert geprüft werden.

WAS IST BEI INHALIERBAREN CANNABISEXTRAKTEN ZUSÄTZLICH ZU BEACHTEN?

Bei inhalierbaren Cannabisextrakten müssen zwei Fragen voneinander getrennt werden.

Erste Frage:

Kann ein Produkt grundsätzlich als Cannabisextrakt in standardisierter Qualität eingeordnet werden?

Zweite Frage:

Ist gerade dieses Produkt für die vorgesehene inhalative Anwendung geeignet und kann es mit dem vorgesehenen Verdampfungssystem sicher und sachgerecht angewendet werden?

§ 31 Absatz 6 SGB V beschränkt Cannabisextrakte nicht ausdrücklich auf eine Einnahme über den Mund. Für die inhalative Anwendung ist deshalb zusätzlich zu prüfen, ob der konkrete Extrakt dafür geeignet ist.

Beim Erhitzen können sich Bestandteile eines Extrakts verändern. Auch Hilfsstoffe, Temperatur, Dosierung und das verwendete Gerät können für die Eigenschaften des entstehenden Aerosols eine Rolle spielen.

Eine weitere DPhG-Fachveröffentlichung beschäftigt sich deshalb speziell mit den regulatorischen Anforderungen an Vaporisatoren für Cannabis- und Cannabinoidzubereitungen. Die Autorinnen und Autoren vertreten dort die Auffassung, dass Verdampfer stoff- und zubereitungsspezifisch betrachtet werden müssen.

Diese Veröffentlichung ist ebenfalls eine fachgesellschaftliche Bewertung und keine behördliche Entscheidung über ein konkretes Produkt oder Gerät.

Die Einordnung als Cannabisextrakt beantwortet noch nicht, ob die konkrete inhalative Anwendung geeignet und erstattungsfähig ist.

WARUM GIBT ES DERZEIT UNTERSCHIEDLICHE AUSSAGEN?

In der Versorgungspraxis werden derzeit unterschiedliche Auffassungen vertreten.

Einzelne Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen leiten aus der speziellen DAB-Monographie eine THC-Spanne von 1 bis 25 Prozent für Cannabisextrakte ab.

Solche Hinweise sind für Ärztinnen, Ärzte und Apotheken praktisch bedeutsam. Sie stellen aber keine gesetzliche THC-Obergrenze dar.

Dem steht inzwischen unter anderem die ausführlich begründete fachgesellschaftliche Position der DPhG gegenüber.

Hinzu kommt, dass verschiedene Ebenen leicht miteinander vermischt werden:

- Das Gesetz regelt den GKV-Leistungsanspruch.
- Arzneibücher enthalten pharmazeutische Qualitätsregeln.
- Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen vertreten Auffassungen zur praktischen Umsetzung.
- Fachgesellschaften können diese Fragen fachlich bewerten.
- Gerichte können in konkreten Streitfällen rechtliche Fragen entscheiden.

Diese Ebenen sind nicht gleichzusetzen.

Die Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bildet im Cannabisbereich derzeit noch nicht die seit 30. Juli 2026 geltende Gesetzesänderung vollständig ab.

Der G-BA teilte dem BDCan am 25. August 2026 mit, dass seine Beratungen zur Umsetzung der Gesetzesänderung bereits begonnen haben. Eine inhaltliche Klärung der hier behandelten Extraktfrage enthielt diese Mitteilung nicht.

WAS IST DERZEIT GEKLÄRT – UND WAS BLEIBT OFFEN?

Geklärt ist

- § 31 Absatz 6 SGB V enthält keine THC-Obergrenze von 25 Prozent für Cannabisextrakte.
- Die spezielle DAB-Monographie „Eingestellter Cannabisextrakt“ beschreibt in dem von uns geprüften Volltext einen Extrakt mit 1 bis 25 Prozent THC (m/m).
- Die von uns geprüfte allgemeine Ph.-Eur.-Monographie für pflanzliche Extrakte enthält keine allgemeine THC- oder Wirkstoffobergrenze von 25 Prozent.
- Der gesetzliche Begriff „Extrakte in standardisierter Qualität“ existierte bereits vor der speziellen DAB-Monographie.
- Cannabisextrakte wurden nachweislich bereits vor 2020 im Rahmen des § 31 Absatz 6 SGB V zulasten gesetzlicher Krankenkassen eingesetzt.
- Die DPhG-Expertengruppe vertritt aktuell die fachliche Auffassung, dass auch hochkonzentrierte Cannabisextrakte grundsätzlich als „Extrakte in standardisierter Qualität“ eingeordnet werden können.

Offen beziehungsweise im konkreten Fall zu prüfen bleibt

- Welche pharmazeutischen Qualitätsregeln auf einen bestimmten hochkonzentrierten Cannabisextrakt anzuwenden sind.
- Ob das konkrete Produkt diese Anforderungen tatsächlich erfüllt.
- Welche zusätzlichen Anforderungen bei einer inhalativen Anwendung an Extrakt, Zubereitung und Verdampfungssystem zu stellen sind.
- Ob bei einer bestimmten Patientin oder einem bestimmten Patienten die übrigen Voraussetzungen des § 31 Absatz 6 SGB V erfüllt sind.
- Und schließlich, wie der Gemeinsame Bundesausschuss, Krankenkassen, Selbstverwaltung und gegebenenfalls Gerichte die derzeit unterschiedlichen Auffassungen künftig einordnen werden.

QUELLEN UND WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

§ 31 Absatz 6 SGB V – aktuelle Fassung

[Bundesministerium der Justiz / Gesetze im Internet. Rechtsstand seit 30. Juli 2026.](#)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

[Abschlussbericht der Begleiterhebung nach § 31 Absatz 6 SGB V, 6. Juli 2022.](#)

Insbesondere zur GKV-Versorgung mit Cannabisextrakten seit 2017 und zu den nach Erhebungszeiträumen ausgewiesenen Extraktfällen.

Deutsches Arzneibuch (DAB)

[Monographie „Eingestellter Cannabisextrakt / Cannabis extractum normatum“.](#)

Für diese Übersicht wurde der vollständige Text der DAB-Fassung 2021 ausgewertet.

Das aktuelle BfArM-Inhaltsverzeichnis des DAB 2025 führt die Monographie weiterhin.

Europäisches Arzneibuch (Ph. Eur.)

Kapitel 5.23 und allgemeine Monographie 0765 „Extrakte aus pflanzlichen Drogen / Herbal drug extracts“.

Für diese Übersicht wurde der vorliegende vollständige Text aus Ph. Eur. 11 ausgewertet.

Die derzeit anwendbare Ausgabe Ph. Eur. 12.3 gilt seit dem 1. Juli 2026.

Expertengruppe Medizinischer Cannabis der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (DPhG)

White Paper zur Taxation von hochkonzentrierten Cannabisextrakten, DAZ 35/2026.

Fachgesellschaftliche Position; keine Rechtsquelle oder verbindliche Entscheidung zur Kostenübernahme.

DPhG-Expertenfachgruppe Medizinischer Cannabis

White Paper zur medizinproduktrechtlichen Risikoklassifizierung und zu weiteren regulatorischen Anforderungen in Deutschland an Vaporisatoren zum Verdampfen von cannabinoidhaltigen Zubereitungen oder Cannabisblüten zur inhalativen Verabreichung.

Fassung vom 28. Dezember 2025.

Fachgesellschaftliche Position; keine behördliche Produkt- oder Geräteentscheidung.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Arzneimittel-Richtlinie, aktuelle Gesamtfassung.

Zuletzt geändert am 4. Juni 2026, in Kraft seit 21. August 2026.

Die Anpassung des Cannabisabschnitts an den seit 30. Juli 2026 geltenden § 31 Absatz 6 SGB V war am 29. August 2026 noch nicht veröffentlicht.

QUELLENHINWEIS ZU DEN ARZNEIBUCHFASSUNGEN

Der vollständige Wortlaut der speziellen DAB-Monographie wurde für diese Übersicht anhand der DAB-Fassung 2021 geprüft.

Das BfArM bestätigt im Inhaltsverzeichnis des DAB 2025, dass die Monographie weiterhin enthalten ist. Ein vollständiger Abgleich des lizenzierten DAB-2025-Textes mit der geprüften DAB-Fassung 2021 wurde für diese Übersicht nicht vorgenommen.

Für die allgemeine Extraktmonographie wurde der vollständige Text aus Ph. Eur. 11 geprüft.

Seit dem 1. Juli 2026 ist Ph. Eur. 12.3 anwendbar. Die öffentlich dokumentierte Editionsprüfung ergab keinen Hinweis auf eine Änderung der hier maßgeblichen allgemeinen Extraktmonographie; ein vollständiger Abgleich mit dem aktuell lizenzierten Text der Ph. Eur. 12.3 wurde für diese Übersicht ebenfalls nicht vorgenommen.