

Antrag auf Mehrbedarf nach § 21 Abs. 6 SGB II

Hinweis zur Verwendung: Dieses Muster ist ein Textgerüst. Es muss vollständig an den eigenen Fall angepasst werden. Angaben, die nicht belegt sind, gehören nicht in den Antrag.

Absender

[Vorname Nachname]

[Straße und Hausnummer]

[PLZ Ort]

[E-Mail / Telefon – freiwillig]

Empfänger

An das

[Zuständiges Jobcenter]

[Straße und Hausnummer]

[PLZ Ort]

[Ort], den [Datum]

Betreff

Antrag auf Anerkennung und Übernahme der Kosten einer ärztlich verordneten Cannabistherapie als laufender, unabweisbarer besonderer Bedarf gemäß § 21 Abs. 6 SGB II; hilfsweise Prüfung sämtlicher Anspruchsgrundlagen und Weiterleitung gemäß § 16 SGB I

Bedarfsgemeinschafts-/Kundennummer: [Nummer, sofern vorhanden]

Anrede

Sehr geehrte Damen und Herren,

1. Antrag

hiermit beantrage ich die Anerkennung eines laufenden Mehrbedarfs nach § 21 Abs. 6 SGB II für die Kosten meiner ärztlich verordneten medizinischen Cannabistherapie in Höhe der tatsächlich anfallenden und durch aktuelle ärztliche Verordnung sowie Apothekenbeleg nachgewiesenen Kosten, derzeit monatlich [Betrag] Euro.

Hilfsweise beantrage ich:

- die Bewilligung eines konkret bezifferten monatlichen Mehrbedarfs bis zu einer Höhe von [Betrag] Euro,
- eine vorläufige Bewilligung bis zur abschließenden Klärung,

- die unmittelbare Abrechnung mit der abgebenden Apotheke,
- die Prüfung sämtlicher in Betracht kommender Anspruchsgrundlagen sowie die unverzügliche Weiterleitung meines Antrags nach § 16 Abs. 2 SGB I an den aus Ihrer Sicht zuständigen Leistungsträger, falls Sie sich für unzuständig halten.

2. Laufender Leistungsbezug

Ich beziehe laufend Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II. Der aktuelle Bewilligungsbescheid vom [Datum] ist als Anlage [A1] beigelegt.

3. Medizinische Ausgangslage

Ich befinde mich seit [Zeitraum] wegen [allgemeine Beschreibung der Erkrankung, wie ärztlich dokumentiert] in [fach-]ärztlicher Behandlung. Standardgemäße Behandlungsmöglichkeiten wurden [ausgeschöpft / blieben ohne ausreichenden Erfolg / mussten wegen Nebenwirkungen beendet werden] – siehe Anlage [A2].

Die medizinische Cannabistherapie ist ärztlich verordnet und wird seit [Zeitraum] durchgeführt. Sie führt nach ärztlicher Einschätzung zu [konkret beschriebene Wirkung, z. B. Verbesserung von Schlaf, Schmerzintensität, Alltagsstruktur, Teilhabe]. Die aktuelle ärztliche Bescheinigung vom [Datum] ist als Anlage [A3] beigelegt.

4. Keine bloße Behandlungspräferenz

Ob eine andere Therapieform medizinisch geeignet und zumutbar ist, muss für meinen konkreten Fall ärztlich geprüft werden. Eine bloße Behandlungspräferenz reicht nicht. Die beigelegte Stellungnahme erläutert deshalb nachvollziehbar, weshalb die verordnete Darreichungsform benötigt wird und welche Folgen eine Umstellung hätte.

Nur mit ärztlicher Bestätigung aufnehmen: Unterschiede bei Wirkungseintritt, Steuerbarkeit, Wirkdauer und Dosierbarkeit sowie deren konkrete medizinische Bedeutung. Nicht allein auf frühere Wirksamkeit oder persönliche Erfahrung verweisen.

5. Wegfall der bisherigen Finanzierung

Bis zum [Datum] wurde die Therapie [über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet / anderweitig finanziert]. Seit dem [Datum] ist dies nicht mehr möglich, weil [z. B. der besondere Leistungsanspruch für getrocknete Cannabisblüten aus § 31 Abs. 6 SGB V gestrichen wurde]. Der entsprechende Schriftwechsel bzw. die Entscheidung der Krankenkasse ist als Anlage [A4] beigelegt.

Mein medizinischer Bedarf hat sich dadurch nicht verändert. Verändert hat sich allein die Finanzierung.

6. Laufender besonderer Bedarf

Der Bedarf tritt regelmäßig und wiederkehrend auf und kann nicht durch eine einmalige Leistung gedeckt werden. Er entspricht nicht dem typischen Regelbedarf für Gesundheitspflege und ist auch nicht durch Einsparungen aus dem Regelbedarf finanzierbar.

7. Unabweisbarkeit, GKV-Vorrang und Alternativen

- Bei einer Unterbrechung der Therapie drohen nach ärztlicher Einschätzung [konkret beschriebene Folgen] – siehe Anlage [A3].
- Die weiterhin grundsätzlich vom GKV-System erfassten Behandlungsoptionen wurden einzeln ärztlich geprüft. Dies betrifft insbesondere standardisierte Cannabisextrakte, Dronabinol, Nabilon, zugelassene cannabis-haltige Fertigarzneimittel und sonstige für meine Erkrankung relevante Therapien. Für jede Option sind Erprobung, Wirkung, Nebenwirkungen, Kontraindikationen oder der konkrete medizinische Grund gegen ihre Eignung in Anlage [A3] dokumentiert. Nicht geprüfte Alternativen werden nicht pauschal als ungeeignet bezeichnet.
- Eine vorrangige Leistung der Krankenkasse wurde konkret beantragt bzw. geklärt. Beigefügt sind Antrag, Bescheid und gegebenenfalls Widerspruch oder gerichtlicher Antrag (Anlage [A4]). Die Ablehnung von Cannabisblüten allein belegt noch nicht, dass keine andere medizinisch geeignete GKV-Leistung zur Verfügung steht.
- Eine Eigenfinanzierung ist mir nicht möglich (siehe Ziffer 8).

8. Kosten und wirtschaftliche Verhältnisse

- Ärztlich verordnete Monatsmenge: [Menge]
- Preis je Einheit laut Apotheke: [Betrag] Euro
- Monatliche Gesamtkosten: [Betrag] Euro (Kostenaufstellung der Apotheke vom [Datum], Anlage [A5])
- Laufender Leistungsbezug nach dem SGB II (Anlage [A1])
- Kein verwertbares Vermögen; Kontoauszüge und Vermögenserklärung als Anlage [A6]

Der Betrag übersteigt den monatlichen Regelbedarf erheblich. Eine Finanzierung aus laufenden existenzsichernden Leistungen ist ausgeschlossen.

9. Amtsermittlung und Verfahrenshinweise

Ich bitte Sie, den Sachverhalt nach § 20 SGB X vollständig zu ermitteln. Insbesondere bitte ich darum,

- erforderliche medizinische Unterlagen anzufordern,
- die behandelnde Praxis nach Schweigepflichtentbindung zu befragen, soweit dies erforderlich ist,
- mir vor einer Ablehnung Gelegenheit zur Ergänzung fehlender Unterlagen zu geben,
- den Antrag bei angenommener Unzuständigkeit unverzüglich nach § 16 Abs. 2 SGB I weiterzuleiten.

10. Dringlichkeit

[Nur aufnehmen, wenn zutreffend:] Mein aktueller Vorrat reicht bei der verordneten Tagesdosis voraussichtlich bis zum [Datum]. Ich bitte deshalb um eine Entscheidung bis zum [Datum]. Sollte die medizinische Versorgung bis dahin nicht gesichert sein, muss ich einstweiligen Rechtsschutz beim Sozialgericht prüfen.

11. Bitte um schriftliche Entscheidung

Ich bitte um eine schriftliche, rechtsmittelfähige Entscheidung sowie um eine kurze Eingangsbestätigung dieses Antrags.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]

[Vorname Nachname]

Anlagen

- A1 – aktueller Bewilligungsbescheid nach dem SGB II
- A2 – Diagnose- bzw. Befundunterlagen
- A3 – aktuelle ärztliche Bescheinigung / Stellungnahme
- A4 – Schreiben bzw. Entscheidung der Krankenkasse
- A5 – aktuelle Verordnung und Kostenaufstellung der Apotheke
- A6 – Kontoauszüge und Erklärung zum Vermögen
- [weitere Anlagen ergänzen oder nicht vorhandene streichen]

Dieses Muster stammt von 420help.de und ist eine allgemeine Formulierungshilfe. Es ersetzt keine individuelle Rechtsberatung. Der Beschluss des SG Münster vom 20.08.2026 (S 8 AS 582/26 ER) zeigt hohe Anforderungen an GKV-Vorrang und Alternativenprüfung; er begründet weder einen gesicherten Anspruch noch ein allgemeines Verbot. Alle Platzhalter müssen geprüft, ausgefüllt oder gestrichen werden. Keine Angaben erfinden. Rechtsstand: 26.08.2026.