Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V (Stand: 04.11.2024)

Basis der Begutachtung ist § 31 Absatz 6 und 7 SGB V in Verbindung mit der Arzneimittel-Richtlinie §§ 44 und 45.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus. Weitere Ausführungen können auf einem Beiblatt angefügt werden. Die begründete Einschätzung hat umfangreich zu erfolgen und sich konkret auf **jede** verfügbare Standardtherapie mit Begründung zu beziehen.

Versichertenname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Biologisches Geschlecht:

☐ weiblich

☐ männlich

☐ andere

1. Erfüllen Sie als verordnende Ärztin/verordnender Arzt die Voraussetzungen nach § 45 AM-RL zur genehmigungsfreien Verordnung von Cannabisarzneimittel?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja: Aus welchem Grund stellen Sie einen Antrag auf Genehmigung der Verordnung?

_____

_____

_____

_____

_____

2. Erfolgt die Verordnung im Rahmen der genehmigten Versorgung nach § 37b SGB V (spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

☐ Ja

☐ Nein

oder

bei allgemeiner ambulanter Palliativversorgung

☐ Ja

☐ Nein

oder

im unmittelbaren Anschluss an eine bereits erfolgte Behandlung mit einer Leistung nach § 31 Absatz 6 SGB V Satz 1 im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts?

☐ Ja

☐ Nein

3. Welches Produkt soll verordnet werden?

Wirkstoff:

_____

Handelsname:

_____

Darreichungsform:

_____

Gebrauchsanweisung in Einzel- und Tagesangabe:

_____

THC-Gehalt:

_____

Menge des verschriebenen Produkts:

_____

4a. Welche Erkrankung soll behandelt werden?

_____

_____

_____

_____

4b. Wie lautet das Behandlungsziel?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5. Ist die Erkrankung schwerwiegend?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, welcher Verlauf/welche Symptomatik/welche Beeinträchtigungen oder anderes begründet den Schweregrad?

Bitte Befundunterlagen, Krankenhausberichte beifügen. Schildern Sie bitte ausführlich die sich durch die Erkrankung ergebenden körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen.

_____

_____

_____

_____

6. Welche anderen Erkrankungen bestehen gleichzeitig?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7. Welche aktuelle Medikation (bitte Angaben von Wirkstoff und Dosis)/nichtmedikamentöse Behandlung erfolgt zurzeit?

_____

_____

_____

_____

_____

8. Welche Behandlung ist bisher für das Therapieziel mit welchem Erfolg durchgeführt worden? Welche Nebenwirkungen traten auf? Welche Konsequenzen auf die Behandlung hatten die Nebenwirkungen?

_____

_____

_____

_____

_____

9. Welche weiteren allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden alternativen Behandlungsoptionen für das Behandlungsziel stehen grundsätzlich zur Verfügung? Welcher Erfolg und welche Nebenwirkungen sind durch die Therapie zu erwarten?

_____

_____

_____

_____

10. Liegt bei dem Versicherten ein Suchtmittelkonsum vor?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja: Welcher Suchtmittelkonsum liegt vor? Wird aktuell noch konsumiert? Bitte führen Sie aus, welche Auswirkungen durch die Verordnung von Cannabisarzneimitteln auf die Sucht bestehen, und begründen Sie, warum Sie bei bestehender Suchterkrankung Cannabisarzneimittel einsetzen wollen.

_____

_____

_____

_____

11. Bitte begründen Sie den Einsatz von Cannabisarzneimitteln im Hinblick auf eventuell bestehende Kontraindikationen bzw. schädliche Auswirkungen der Therapie (z. B. Anwendung bei Kindern oder bei Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko, Schizophrenie).

_____

_____

_____

_____

12. Bitte wägen Sie den Erfolg und die Auswirkungen der Standardtherapie gegen den zu erwartenden Erfolg und die Auswirkungen einer Therapie mit dem beantragten Cannabisarzneimittel ab.

_____

_____

_____

_____

13. Bitte benennen Sie Literatur, die Sie Ihrer Entscheidung zugrunde gelegt haben, aus der hervorgeht, dass eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

(Es würde die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes wesentlich beschleunigen, wenn Sie die entsprechende Literatur zur Verfügung stellen können. Vielen Dank.)

_____

_____

_____

_____

_____

14. Erfolgt die Therapie im Rahmen einer klinischen Prüfung?

☐ Ja

☐ Nein

<u>Bei Anträgen zu Cannabisblüten oder -extrakten:</u>

15. Bitte begründen Sie, warum bei dem/der Versicherten anstelle von Cannabis-Fertigarzneimitteln und Dronabinol Cannabisblüten oder -extrakte angewendet werden sollen. Bitte wägen Sie den Erfolg und die Auswirkungen von Cannabis-Fertigarzneimitteln und Dronabinol gegen den zu erwartenden Erfolg und die Auswirkungen einer Therapie mit den beantragten Cannabisblüten oder -extrakten ab.

_____

_____

_____

_____

Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Bitte geben Sie die folgenden Angaben an, falls diese nicht aus Ihrem Stempel hervorgehen:

LANR: _____

BSNR: _____

Gebietsbezeichnung: _____

Zusatzweiterbildungen: _____

Anlagen wurden beigefügt

☐ Ja

☐ Nein

Wenn „Ja“, listen Sie diese bitte auf und geben Sie die bezugnehmende Nummer aus dem Fragebogen an:

_____

_____

_____

_____