

**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

**Bei Anträgen zu Cannabisblüten oder -extrakten:**

**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:

---

---

---

---