

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Absatz 6 SGB V

Stand: 08.09.2026

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. Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

a) Angaben zur versicherten Person

Vorname

Nachname

____.____._____
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Versichertennummer

Geschlecht (aus Gründen der Vollständigkeit)

- ☐ weiblich
☐ männlich
☐ divers

b) Angaben zur Behandlung

Name der Behandlungseinrichtung

Name der Vertragsärztin/des Vertragsarztes

Gebietsbezeichnung

Zusatzweiterbildungen

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 der/dem Versicherten ein Suchtmittelkonsum vor?

☐ ja

☐ nein

Falls 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 Cannabisextrakten/Dronabinol:

15. Wurde ein sechsmonatiger Therapieversuch mit einem zugelassenen cannabishaltigen Fertigarzneimittel durchgeführt?

Ein Therapieversuch ist auch dann durchzuführen, wenn in dem Anwendungsgebiet kein zugelassenes cannabishaltiges Fertigarzneimittel zulassungsumfassend eingesetzt werden kann.

☐ ja

☐ nein

Falls ja, bitte schätzen Sie anhand von patientenrelevanten Endpunkten (Morbidity, Lebensqualität und Nebenwirkungen) den Erfolg der Behandlung ein. Sollte der Therapieversuch nicht über sechs Monate möglich gewesen sein, geben Sie bitte den Grund für den Abbruch des Therapieversuchs an.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Bitte diese Angaben ergänzen, falls diese aus Ihrem Stempel nicht hervorgehen:

LANR

BSNR

Anlagen wurden beigelegt

☐ ja

☐ nein

Falls ja, listen Sie diese bitte auf und geben Sie die bezugnehmende Nummer aus dem Fragebogen an:
