

Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main

Ergebnisse der Patient*innenbefragung (Modul 3)

Dr. Philipp Hiller
Kirsten Lehmann

Dr. Jens Kalke
Christiane Schmidt
PD Dr. Uwe Verthein

Unter Mitarbeit von Hans-Günter Meyer-Thompson (Asklepios Klinik Nord, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanz Altona, Hamburg)

Kim-Sophie Habermann, Britta Jacobsen, Jara Kuteifan, Julie Marzio, Veronika Möller, Clara Pfändner, Alina Schmidt, Marilèn von Contzen und Leonie von Hülsen (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg)

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (W 37)
20246 Hamburg
Tel: 040 7410 54589
Fax: 040 7410 58351
E-Mail: k.lehmann@uke
Web: www.zis-hamburg.de



Hamburg, 15.05.2020

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	10
1 Einleitung.....	11
2 Methodisches Vorgehen.....	13
2.1 Gruppeneinteilung und Fragebogenkonzipierung	13
2.2 Rekrutierungswege zur Gewinnung der Befragungsteilnehmer*innen.....	15
2.3 Erreichte Fallzahl und der Prozess der Datensatzerstellung	16
3 Ergebnisse der Patient*innenbefragung.....	17
3.1 Charakteristika nach Gruppenzugehörigkeit und Wohnort.....	17
3.1.1 Charakteristika nach Gruppenzugehörigkeit.....	17
3.1.2 Charakteristika nach Wohnort/Region.....	20
3.2 Befragung von Patient*innen mit bewilligtem Antrag (Gruppe A)	23
3.2.1 Nutzung von Cannabis-Arzneimitteln	23
3.2.2 Die Antragsstellung.....	24
3.2.3 Beschwerden, Indikationen und Neben-/Wirkungen.....	28
3.2.4 Die Versorgungssituation.....	33
3.2.5 Akzeptanz der Gesamtbehandlung	35
3.3 Befragung von Patient*innen mit abgelehntem Antrag (Gruppe B)	39
3.3.1 Nutzung von Cannabis-Arzneimitteln	39
3.3.2 Vorerfahrungen und Antragsstellung.....	41
3.3.3 Beschwerden, Indikationen und Neben-/Wirkungen.....	44
3.3.4 Die Versorgungssituation.....	49
3.3.5 Akzeptanz der Gesamtbehandlung	51

3.4	<i>Personen ohne Ärzt*innen für eine Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln (Gruppe C)</i>	54
3.4.1	<i>Vorerfahrungen</i>	54
3.4.2	<i>Nutzung von Cannabis-Arzneimitteln</i>	57
3.4.3	<i>Selbstständige Antragstellung auf Kostenübernahme von Cannabis-Arzneimitteln ohne ärztliche Unterstützung</i>	59
3.4.4	<i>Beschwerden und Indikationen</i>	59
3.4.5	<i>Informationsverhalten, Aktivitäten in Interessensverbänden und Akzeptanz der (gewünschten) Cannabisbehandlung</i>	61
3.5	<i>Vergleich von gesundheitsbezogener Lebensqualität und psychischer Belastung nach Befragungsgruppen</i>	65
3.5.1	<i>Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach SF-12</i>	65
3.5.2	<i>Psychische Belastung nach BSI-18</i>	67
4	<i>Fazit</i>	72
5	<i>Literatur</i>	74

Danksagung

Wie jede empirische Untersuchung kann auch das Projekt „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ nur durch die Unterstützung Dritter erfolgreich realisiert werden. Hierzu zählen die 170 Patient*innen, die für ein persönliches oder telefonisches Interview mit uns zur Verfügung standen. Für die Durchführung der Interviews, die Informationen, die wir erhalten haben und die aufgewendete Zeit sei allen Beteiligten ganz herzlich gedankt.

Auch den angeschriebenen Ärzt*innen und Apotheker*innen, die uns tatkräftig bei der Rekrutierung unterstützt haben, schulden wir größten Dank. Dasselbe gilt für alle anderen Personen, die nicht zu den eben genannten zählen, aber durch ihre Zugänge zu einer der Befragungszielgruppen, diese Befragung unterstützt haben.

Namentlich möchten wir uns ganz besonders für die Hilfe bei der Rekrutierung bei Maximilian Plenert und Thomas Müller bedanken, die durch die Verbreitung des Aufrufs zur Befragung über ihre Netzwerke eine große Hilfe waren. Auch im Rahmen der Beratung von am Thema interessierten Personen (Medical Marijuana Project) konnten Teilnehmer*innen für die Befragung gewonnen werden. David Lang und Markus Cronjäger, die dieses innovative Beratungsangebot des Drogenreferates der Stadt Frankfurt am Main durchführenden, danken wir für die Bekanntmachung der Studie.

Großen Respekt und absolut ungeteilte Anerkennung für die umfangreiche Unterstützung des Projekts verdienen die mitwirkenden Interviewer*innen: Sarah Abissa, Nora Hofmann, Sophie Nedlin, Louisa Obisesan, Charlotte Rabener und Veronica Texiera Carocha. Für die maßgebliche Rekrutierung vor Ort, die Kontaktaufnahmen und die Durchführung der Befragungen können wir ihnen kaum genug danken.

Allen beteiligten Studentischen Hilfskräften und Praktikant*innen im Datenmanagement-Team des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung ist für die telefonische Befragung einzelner Teilnehmer*innen, die Unterstützung bei der Rekrutierung und der Datenerfassung und Mitwirkung bei Plausibilitätsprüfungen ebenso umfangreich zu danken.

Den Kolleginnen und Kollegen des Drogenreferats der Stadt Frankfurt und des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung danken wir für die gute Zusammenarbeit, welche die Realisierung dieses anspruchsvollen Projektes überhaupt erst ermöglicht hat.

Hamburg, im Frühjahr 2020

Das Projekt-Team

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
ALG I	Arbeitslosengeld I
ALG II	Arbeitslosengeld II
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BSI-18	Brief Symptom Inventory-18
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
CaPRis	Forschungsprojekt „Cannabis: Potenzial und Risiken
GKV	Gesetzliche Krankversicherung
GSI	Global Severity Index
KSK	Körperliche Summenskala
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
PSK	Psychische Summenskala
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SF-12	Short-Form-Health-Survey-12
SGB	Sozialgesetzbuch
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
ZIS	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Modulplan des Projekts „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ des Drogenreferates der Stadt Frankfurt unter Mitarbeit des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg.....</i>	<i>13</i>
<i>Abbildung 2: Jemals und aktuell (in den letzten 30 Tagen) genutzte Cannabis-Arzneimittel in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57).....</i>	<i>24</i>
<i>Abbildung 3: Quelle der ersten Aufmerksamkeit auf die Behandlungsmöglichkeit in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57).....</i>	<i>25</i>
<i>Abbildung 4: Dauer vom Zeitpunkt der Antragstellung auf Kostenübernahme bei den Krankenkassen bis zur Genehmigung in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (N=46, Angaben in %).....</i>	<i>26</i>
<i>Abbildung 5: Anteil der genehmigten Anträge und die Reaktion auf abgelehnte Anträge in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (N=51, Angaben in %).....</i>	<i>27</i>
<i>Abbildung 6: Beurteilung der Unterstützung bei der Antragstellung auf Kostenübernahme durch Ärzte und Krankenkassen in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (N=54, Angaben in %).....</i>	<i>28</i>
<i>Abbildung 7: Beschwerden gegen die Cannabis-Arzneimittel eingenommen werden in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, nur Beschwerden mit mindestens drei Nennungen einzeln dargestellt, sortiert N=57).....</i>	<i>29</i>
<i>Abbildung 8: Hauptdiagnosen gegen die Cannabis-Arzneimittel eingenommen werden in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57).....</i>	<i>30</i>
<i>Abbildung 9: Angenehme Nebenwirkungen durch die Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57).....</i>	<i>31</i>
<i>Abbildung 10: Unerwünschte Nebenwirkungen durch die Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57).....</i>	<i>32</i>

<i>Abbildung 11: Zeitliches Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen nach Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=45).....</i>	<i>33</i>
<i>Abbildung 12: Beurteilung der Aufklärung zum Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln durch Apotheker*innen in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=50).....</i>	<i>34</i>
<i>Abbildung 13: Auffindbarkeit von Apotheken, die Cannabis-Arzneimittel grundsätzlich vorrätig haben in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=57)..</i>	<i>35</i>
<i>Abbildung 14: Zufriedenheit mit der Wirkung und dem Ablauf der Cannabisbehandlung in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (N=56/57, Angaben in %).....</i>	<i>36</i>
<i>Abbildung 15: Genutzte Informationsquellen in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57).....</i>	<i>37</i>
<i>Abbildung 16: Kritische Ansprache zur Cannabisbehandlung durch verschiedene Personengruppen in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (N=46-55, Angaben in %).....</i>	<i>38</i>
<i>Abbildung 17: Aktuelle und frühere Nutzung von Cannabis-Arzneimitteln (auf Privatrezept) in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=52).....</i>	<i>39</i>
<i>Abbildung 18: Jemals und aktuell (in den letzten 30 Tagen) genutzte Cannabis-Medikamente in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=52).....</i>	<i>40</i>
<i>Abbildung 19: Quelle der ersten Aufmerksamkeit auf die Behandlungsmöglichkeit in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=52).....</i>	<i>41</i>
<i>Abbildung 20: Ablehnungsgründe der Krankenkasse auf Kostenübernahme von Cannabis-Arzneimitteln (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=38).....</i>	<i>42</i>
<i>Abbildung 21: Verhalten und weiteres Geschehen bei abgelehnten Anträgen auf Kostenübernahme durch die Krankenkassen (Angaben in %).....</i>	<i>43</i>
<i>Abbildung 22: Beurteilung der Unterstützung bei der Antragstellung auf Kostenübernahme durch Ärzte und Krankenkassen in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (N=42-43, Angaben in %).....</i>	<i>44</i>

<i>Abbildung 23: Beschwerden gegen die Cannabis-Arzneimittel eingenommen werden (wollen) in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=52, Mehrfachnennung möglich, nur Beschwerden mit mindestens drei Nennungen dargestellt).</i>	<i>45</i>
<i>Abbildung 24: Hauptdiagnosen gegen die Cannabis-Arzneimittel eingenommen werden (wollen) in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=52, Mehrfachnennung möglich).....</i>	<i>46</i>
<i>Abbildung 25: Verbesserung und Verschlechterungen der Beschwerden durch die Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=49).....</i>	<i>47</i>
<i>Abbildung 26: Angenehme Nebenwirkungen durch die Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (N=50, Mehrfachnennung möglich).....</i>	<i>48</i>
<i>Abbildung 27: Unerwünschte Nebenwirkungen durch die Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (N=49, Mehrfachnennung möglich).....</i>	<i>49</i>
<i>Abbildung 28: Auffindbarkeit von Apotheken, die Cannabis-Arzneimittel grundsätzlich vorrätig haben in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=47).....</i>	<i>50</i>
<i>Abbildung 29: Beurteilung der Aufklärung durch Ärzt*innen und Apotheker*innen in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %).....</i>	<i>51</i>
<i>Abbildung 30: Zufriedenheit mit der Wirkung und dem Ablauf der Cannabisbehandlung in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (N=51, Angaben in %).....</i>	<i>52</i>
<i>Abbildung 31: Kritische Ansprache zur Cannabisbehandlung durch verschiedene Personengruppen in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (N=46-52, Angaben in %).....</i>	<i>53</i>
<i>Abbildung 32: Aufmerksamkeitsquelle für eine medizinische Behandlungsmöglichkeit mit Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61).....</i>	<i>55</i>
<i>Abbildung 33: Konsultierte fachärztliche Bereiche in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=53).....</i>	<i>56</i>

Abbildung 34: Ärztliche Ablehnungsgründe zur Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe ohne eine verschreibende Ärzt*in (Patient*innenaussagen, Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61).....	57
Abbildung 35: Anteil jemals und aktuell (in den letzten 30 Tagen) verwendeter Cannabis-Arzneimittel in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=21).....	58
Abbildung 36: Beschwerden gegen die eine Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln gewünscht wird (in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung, Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61).....	60
Abbildung 37: Hauptdiagnosen gegen die eine Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln gewünscht wurde (in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung, Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61).....	61
Abbildung 38: Genutzte Informationsquellen zum Thema Cannabis-Arzneimittel in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61)	62
Abbildung 39: Engagement zum Einsatz von Cannabis in der Medizin in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61).....	63
Abbildung 40: Vorhandensein von Bekannten, Freund*innen oder Verwandten, die mit Cannabis-Arzneimitteln behandelt werden in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (Angaben in %, N=61).....	63
Abbildung 41: Häufigkeit einer kritischen Ansprache zur geplanten medizinischen Cannabisbehandlung durch verschiedene Personengruppen in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (Angaben in %, N=54-60).....	64
Abbildung 42: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) in der gesamten Befragungsgruppe (N=170). Angegeben sind Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle (Fehlerbalken). Die blaue Linie (T-Wert von 50) illustriert den Durchschnittswert der Normalbevölkerung.	65
Abbildung 43: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF 12) nach Befragungsgruppen (N=52-61). Angegeben sind Gruppenmittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle (Fehlerbalken). Die blaue Linie (T-Wert von 50) illustriert den Durchschnittswert der Normalbevölkerung.	67

Abbildung 44: Psychische Belastung (BSI-18) in der gesamten Befragungsgruppe (N=170). Angegeben sind Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle (Fehlerbalken). Die blaue Linie (T-Wert von 50) illustriert den Durchschnittswert der Normalbevölkerung, die rote Linie bei 63 den Cut-off-Wert für klinisch relevante psychische Beeinträchtigung.68

Abbildung 45: Psychische Gesamtbelastung (BSI-18, globaler Index GSI) nach Befragungsgruppen (N=52-61); angegeben sind Gruppenmittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle. Die blaue Linie (T-Wert von 50) illustriert den Durchschnittswert der Normalbevölkerung, die rote Linie bei 63 den Cut-off-Wert für klinisch relevante psychische Beeinträchtigung.70

Abbildung 46: Psychische Belastung (BSI-18, drei Subskalen) nach Befragungsgruppen (N=52-61); angegeben sind Gruppenmittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle. Die blaue Linie (T-Wert von 50) illustriert den Durchschnittswert der Normalbevölkerung, die rote Linie bei 63 den Cut-off-Wert für klinisch relevante psychische Beeinträchtigung.71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Charakteristika der Befragten insgesamt sowie aufgeteilt nach den drei Befragungsgruppen (Angaben in %)	19
Tabelle 2: Charakteristika nach Wohnort der Befragten (Angaben in %)	21
Tabelle 3: Verteilung der von Patient*innen konsultierten Ärzt*innen mit dem Anliegen zur Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (N=60)	56

1 Einleitung

Seit März 2017, nach Inkrafttreten des Gesetzes „zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“, können in Deutschland Patient*innen mit „schwerwiegenden Erkrankungen“ Cannabis-Arzneimittel auf Kosten der gesetzlichen Krankversicherung (GKV) verordnet werden [1]. Zuvor benötigten Patient*innen eine Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) von der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum Erwerb von Cannabis zu medizinischen Zwecken [2]. Die Kosten für die Therapie trugen die Patient*innen in der Regel selbst.

Cannabis als Medizin wurde am 19. Januar 2017 einstimmig vom Bundestag beschlossen, am 10. März 2017 trat die Gesetzesänderung in Kraft [1]. Durch diese Novellierung wurden die Möglichkeiten zur Verschreibung und Anwendung von Cannabis-Arzneimitteln erweitert und Ärzt*innen können, unabhängig der Fachrichtung, auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen, ohne Vorgaben zu den Anwendungsgebieten (Indikationen), Patient*innen Cannabis-Arzneimittel in Form von getrockneten Blüten, Extrakten und Fertigarzneimitteln auf einem Betäubungsmittelrezept verschreiben. Nach § 31 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben „Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung [...] Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn 1. eine [...] dem medizinischen Standard entsprechende Leistung a) nicht zur Verfügung steht oder b) im Einzelfall [...] nicht zur Anwendung kommen kann,“ oder „ 2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht“ [1].

Für die Übernahme oder Erstattung der Kosten für Cannabis-Arzneimittel ist es erforderlich, bei den Krankenkassen einen Antrag auf Kostenübernahme einzureichen. Die Antragstellung erfolgt durch die Patient*in selbst und wird zumeist durch eine Ärzt*in unterstützt, kann aber auch ohne ärztliche Mitarbeit erfolgen. Welche Unterlagen (beispielsweise Arztberichte, Arbeitsunfähigkeitszeiten oder eine Auflistung bisheriger eingesetzter Arzneimittel) hierfür vorgelegt werden müssen, ist unterschiedlich und hängt von der Krankenkasse ab, bei der ein Antrag eingereicht werden soll [3]. Krankenkassen haben die Möglichkeit, bei der Entscheidung eine gutachterliche, nicht bindende Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) einzuholen. In einigen Fällen erhalten Antragsteller*innen oder ihre Ärzt*innen vom MDK einen „Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V“ des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) [3], der weitere Fragen zur Cannabistherapie und der Krankheitsgeschichte enthält. Der Beschluss des Kostenübernahmeantrags muss innerhalb von drei, unter Einbezug des MDK binnen fünf Wochen und im Rahmen der Palliativversorgung (§ 37 SGB Fünftes Buch Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV) im Laufe von drei Tagen getroffen werden. Liegt nach Ablauf der Fristen kein Bescheid vor, gilt der Antrag als genehmigt.

Der Antrag auf Kostenübernahme darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgelehnt werden [1]. Im Falle einer Ablehnung kann gegen den Bescheid der Krankenkasse Widerspruch eingelegt werden. Wird auch dieser abgelehnt, kann die Patient*in eine Klage

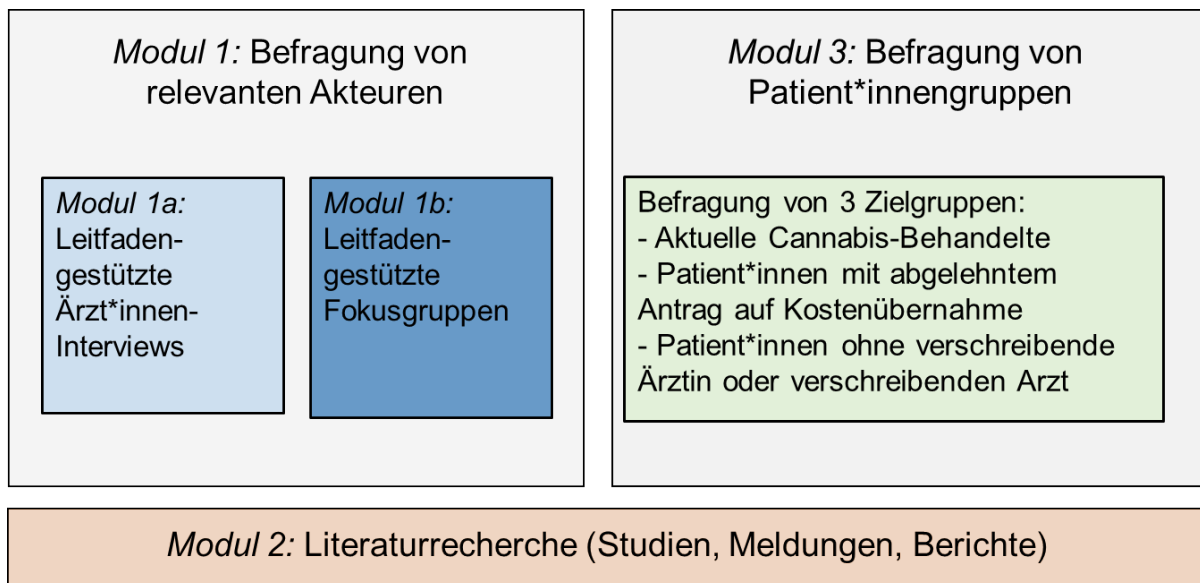
vor dem Sozialgericht erheben. Bei Widerspruchs- oder Klageverfahren können sich Patient*innen anwaltlich beraten lassen [3]. Umfassende systematische Analysen zu den Genehmigungsquoten liegen nicht vor. Einzelne Krankenkassen berichten von einer Genehmigungsquote zwischen 64 % und 68 % [4-6].

Die Evidenz zur medizinischen Wirksamkeit von Cannabis ist je nach Anwendungsbereich divergent [7-14]. Im Rahmen des Forschungsprojekts „Cannabis: Potenzial und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse“ (CaPRis) wurden im Zeitraum von 2006 bis 2017 publizierte systematische Reviews (N=16) und randomisiert kontrollierte Studien (N=9) zu der medizinischen Anwendung von Cannabis analysiert. Evidenz für die Wirksamkeit von Cannabis-Arzneimitteln wurde für Chronischen Schmerz, Spastik bei Multipler Sklerose, Appetitstimulation, Übelkeitslinderung, Gewichtszunahme bei Patient*innen mit Krebs und HIV/AIDS sowie in der Palliativbehandlung gefunden. Für weitere psychische oder somatische Symptome oder Erkrankungen lagen nur wenige bis keine kontrollierten wissenschaftlichen Studien vor [15].

Valide Daten zur Anzahl der Cannabispatient*innen in Deutschland liegen nicht vor. Schätzungen von mit Cannabis-Arzneimitteln behandelten Patient*innen bewegen sich zwischen 15.000 [16] und 50.000 Personen [17]. Als Cannabis-Arzneimittel werden die Fertigarzneimittel Sativex[®] und Canemes[®] sowie Rezepturen von Nabilon und Dronabinol, Cannabisblüten und weitere Cannabisextrakte bezeichnet [18]. Sativex[®] und Canemes[®] sind bereits seit einigen Jahren in Deutschland verschreibungsfähig. Das Cannabis-Mundspray Sativex[®] ist in Deutschland seit 2011 zur Symptomverbesserung bei Patient*innen mit Spastik aufgrund Multipler Sklerose zugelassen. Canemes[®] kann seit 2017 In-Label zur Behandlung erwachsener Krebspatient*innen mit Übelkeit und Erbrechen infolge einer Chemotherapie verschrieben werden. Diese beiden Arzneimittel fallen bei Off-Label Use, also für den Einsatz bei anderen Indikationen, unter das neue Cannabisgesetz.

Im Rahmen des Projekts „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ des Dezernats für Personal und Gesundheit und des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main untersucht das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) in einer wissenschaftlichen Studie die Versorgungssituation in der Praxis. Die Studie beinhaltet in der ersten Phase drei Module. Im Modul 1 wurden in qualitativen Ärzt*inneninterviews (Modul 1a) und Fokusgruppengesprächen (Modul 1b) der Status Quo zu Umständen und Problemen bei der Verschreibung von Cannabisprodukten herausgearbeitet. Um einen systematischen Überblick zu dieser Thematik zu erhalten, beinhaltet das Modul 2 eine Literaturrecherche zur Versorgungssituation mit Cannabis-Arzneimitteln. Die Ergebnisse zu den Modulen 1 und 2 liegen in gesonderten Berichten vor. Das Modul 3 umfasst eine Patient*innenbefragung, um die Erfahrungen und Probleme mit dem neuem Verschreibungs- bzw. Zulassungsverfahren zu beschreiben. In dem hier vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der Patient*innenbefragung (Modul 3) dargestellt (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Modulplan des Projekts „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ des Drogenreferates der Stadt Frankfurt unter Mitarbeit des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg



Die Studie wird von einer Projektbegleitgruppe unterstützt, die sich aus Frankfurter Ärzt*innen und Angehörigen des Dezernats für Personal und Gesundheit und des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main zusammensetzt und regelmäßig persönlich zusammentrifft.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Gruppeneinteilung und Fragebogenkonzipierung

Im Vorfeld der Befragung stand die Überlegung, welche Personen eigentlich genau befragt werden sollen. Nur diejenigen, die Cannabis-Arzneimittel aktuell oder vor einiger Zeit verschrieben bekommen haben? Oder auch die Personen, die einen Antrag auf Kostenübernahme von Cannabis-Arzneimitteln gestellt haben, der aber negativ beschieden wurde? Und was ist mit den Personen, die eine Cannabisbehandlung anstreben, aber keine Ärzt*in finden, die ihnen Cannabis verschreibt? Aus den anderen Modulen dieses Forschungsprojektes (Literaturanalyse, Befragung von Ärzt*innen und Fokusgruppen mit relevanten Akteuren) ist bekannt, dass es sehr hohe Ablehnungsquoten bei den Krankenkassen gibt und das Auffinden einer verschreibenden Praxis in diesem Behandlungsbereich ein nicht unwesentliches Problem der Versorgungslage darstellt.

Es ist daher entschieden worden, dass es zum Erhalt eines vollständigen Bildes sinnvoll ist, alle drei Gruppen zu befragen. Also sowohl die Patient*innen mit Kostenübernahme (im Folgenden auch als Gruppe A bezeichnet) als auch die ohne Kostenzusage durch die Krankenkassen (Gruppe B) und drittens die Personen, die bislang keine ärztliche

Unterstützung bei der Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln gefunden haben (Gruppe C). Vor dem Hintergrund der finanziellen Mittel der Untersuchung und des begrenzten Zeitrahmens von einigen Monaten ist eine Zielgröße von jeweils 50 Personen je Gruppe festgelegt worden. Es ist zudem aufgrund der Komplexität einiger Fragen und zur Verhinderung von Mehrfachteilnahmen auf eine Online-Befragung verzichtet worden.

Die Konzipierung des Fragebogens stand vor der Herausforderung, dass bezüglich der Umstände und dem Verfahren der Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln viele Bereiche zu beachten sind, der Umfang der Befragung jedoch zeitlich und personell begrenzt ist und keine breit angelegte klinische Studie durchgeführt wurde. Vor diesem Hintergrund konzentriert sich die Befragung auf die relevantesten Bereiche mit den wichtigsten Fragen. Einige Fragenkomplexe, wie grundlegende soziodemographische Daten, die Fragen über Beschwerden und Diagnosen gegen die Cannabis eingenommen wird oder werden soll, die Informationsquellen zum Thema Medizinisches Cannabis, sowie der allgemeine Gesundheitszustand konnten bei allen drei Gruppen in identischer Form abgefragt werden. Bei anderen Fragenbereichen wie zum Beispiel zu der Antragsstellung, dem Widerspruchsverfahren bzw. der erfolglosen Arztsuche, die nicht alle Befragten betrafen, wurden je nach Gruppenzugehörigkeit eigene Fragenblöcke konzipiert. Am Ende gab es für jede Befragungsgruppe einen separaten Fragebogen, der je nach Gruppe 13 bis 16 Seiten umfasste.

Um Erkenntnisse darüber zu erhalten, wie viele Frankfurter*innen sich unter den Befragten befinden, wurde den Teilnehmer*innen die Frage gestellt, ob sie in der Stadt Frankfurt am Main, der Umgebung von Frankfurt (in einem Radius von 50 km um Frankfurt) oder in einem anderen Gebiet innerhalb Deutschlands wohnhaft sind. Für die Auswertung werden die befragten Personen, die in einem Radius von 50 km um Frankfurt leben, zu der Gruppe der Frankfurter*innen gezählt, da sie als Bewohner*innen des Großraumgebiets Frankfurt auch potentiell auf das medizinische Versorgungssystem der Stadt Zugriff haben. Somit ergibt sich hinsichtlich des Wohnortes der Befragten eine Einteilung in Frankfurter*innen (in Frankfurt am Main oder Umgebung lebend) und Nicht-Frankfurter*innen (außerhalb lebend).

Die meisten Fragen wurden aufgrund des speziellen Themas eigens für diese Befragung konzipiert. Bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie dem psychischen Gesundheitszustand konnte auf in der psychologischen/klinischen Forschung bewährte Erhebungsinstrumente, den Gesundheitsfragebogen Short-Form-Health-Survey-12 (SF-12) [19] sowie den Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18) [20] zurückgegriffen werden. Bei dem SF-12 wird anhand von zwölf von den Befragten selbst einzuschätzenden Fragen die körperliche und psychische Lebensqualität gemessen. Für jeden der beiden Bereiche ergibt sich ein Punktwert, die so genannte körperliche Summenskala (KSK) sowie die psychische Summenskala (PSK). Hierbei handelt es sich um Normwerte auf einer so genannten T-Skala. Die Werte einer T-Skala liegen in der Regel zwischen 20 und 80 Punkten, wobei ein Wert von 50 Punkten dem Durchschnittswert der Normalbevölkerung entspricht. Je höher der gemessene Wert im SF-12, desto besser ist die Lebensqualität der befragten Personen. Die Standardabweichung einer T-Skala ist auf 10 Punkte festgelegt. Für die beiden Skalen des SF-12 bedeutet das: Wenn eine Person z. B. einen Wert von 40 in der KSK aufweist, liegt ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität im körperlichen Bereich eine

Standardabweichung unter dem Normwert von 50, und ist somit als unterdurchschnittlich einzuschätzen. Umgekehrt kann man bei einer Person mit einem Wert von 60 Punkten in der PSK sagen, dass deren gesundheitsbezogene Lebensqualität im psychischen Bereich überdurchschnittlich ist. Der BSI-18 ist, ebenso wie der SF-12, ein auf Selbstauskünften beruhendes Befragungsinstrument und eine häufig eingesetzte Kurzform der Symptom-Checklist-90 (SCL-90). Mit nur 18 statt 90 Fragen (Items) fokussiert sich der BSI-18 auf die drei häufigsten psychischen Problembereiche, indem er nur die Skalen Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung (körperliche Symptomatik wie z. B. Übelkeit, Atmungsschwierigkeiten) umfasst. Zusätzlich kann aus diesen drei Bereichen auch eine Gesamtbewertung, der globale Index (Global Severity Index – GSI) berechnet werden, welcher die psychische Belastung insgesamt wiedergibt. Die Items des BSI-18 beziehen sich auf die vergangenen 7 Tage und werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von ‚überhaupt nicht‘ (Punktwert 0) bis ‚sehr stark‘ (Punktwert von 4) kodiert. Analog zum SF-12 erfolgt auch hier die Auswertung des BSI-18 mit Hilfe von standardisierten T-Werten. Diese wurden anhand einer Normstichprobe deutschsprachiger Erwachsener (N=2.025) ermittelt [21]. Ein T-Wert von 50 entspricht auch hier dem Mittelwert der Normalbevölkerung. Da jedoch beim BSI-18 die Stärke der Belastung, und nicht, wie beim SF-12, die Höhe der Lebensqualität gemessen wird, bedeutet hier ein hoher Wert eine stärkere Belastung, ein niedriger Wert eine geringere Belastung. Eine Person mit einem T-Wert von z. B. 60 Punkten in der Depressionsskala weist somit eine überdurchschnittlich starke Ausprägung von Depressivität auf. Zusätzlich hat sich für den BSI-18 das Vorgehen etabliert, T-Werte von 63 und höher als klinisch relevant zu definieren [22].

In allen drei Befragungsgruppen wurde weitgehend auf geschlossene, also ankreuzbare, Fragen gesetzt. Nur an notwendigen Stellen wurden die Befragten in offenen Fragen, um die Beantwortung in eigenen Worten gebeten. Die entwickelten Fragebögen wurden unter Echtbedingungen bei einzelnen Cannabis-Patient*innen auf die Praktikabilität und Verständlichkeit hin überprüft und an wenigen Stellen aufgrund von dabei gewonnen Hinweisen von Seiten der Interviewer*innen oder der Befragten optimiert.

2.2 Rekrutierungswege zur Gewinnung der Befragungsteilnehmer*innen

Für die Durchführung der Befragungen wurden Studierende der Psychologie oder Sozialwissenschaften durch Onlineanzeigen rekrutiert und im Rahmen von Honorarverträgen für ihre Einsätze vergütet. Um die Befragungen kompetent durchführen zu können, wurden diese in einer eintägigen Schulung im Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main zu dem thematischen und organisatorischen Hintergrund der Studie und den Fragebogeninhalten umfassend geschult. In vierzehntägigen Telefonkonferenzen wurde mit den Interviewer*innen der aktuelle Stand des Rekrutierungsstandes und im Bedarfsfalle in anonymisierter Form über Unklarheiten bei der Fragebogenanwendung gesprochen.

Für die Teilnahme an der Befragung wurde primär durch das Verteilen von entsprechenden Flyern, Aufhängung von Postern und Ansprachen von Multiplikatoren in Selbsthilfegruppen geworben. Auch einzelne Apotheker*innen und Arztpraxen waren bei der Ansprache von Patient*innen beteiligt. Zudem erfolgte die Rekrutierung für Befragungsteilnehmer*innen

auch online über das Posten mit den Informationen zur Befragungsteilnahme in relevanten Foren und Plattformen in sozialen Netzwerken.

Die Befragung konnte entweder persönlich oder telefonisch durchgeführt werden. Mit einem Informationsblatt wurden die Befragten über die Teilnahmebedingungen informiert. Für die Teilnahme erhielten die befragten Personen 20 Euro. Die Kontaktdaten der Befragten wurden einzig zur Realisierung des Befragungstermins verwendet, im Anschluss vernichtet und zu keinem Zeitpunkt mit den erfassten Daten verknüpft. Die Auswertung erfolgte ausnahmslos in anonymisierter Form. Nach Rücksprache mit der Ethikkommission der Landesärztekammer Hessen ist aufgrund der vollständigen anonymen Datenerhebung kein Ethikvotum erforderlich gewesen.

Der Befragungszeitraum war zunächst von August bis November 2019 vorgesehen. Wegen der sich schwieriger als ursprünglich erwartet darstellenden Rekrutierung der Zielgruppe wurde der Befragungszeitraum bis Mitte Januar 2020 verlängert. Auch das zunächst nur auf Frankfurt am Main und das nahe Umland vorgesehene Befragungsgebiet wurde erweitert und zur Erreichung einer ausreichend großen Stichprobe auf das deutsche Bundesgebiet ausgedehnt.

2.3 Erreichte Fallzahl und der Prozess der Datensatzerstellung

Durch die im Kapitel 2.2 beschriebenen Maßnahmen, konnte nicht nur die geplante Gesamtfallzahl von 150 Befragten übertroffen, sondern auch die angestrebte Fallzahl von jeweils 50 in allen drei Gruppen erreicht werden. Insgesamt wurden 170 Personen befragt, wovon 57 Patient*innen der Gruppe mit einer von der Krankenkasse finanzierten Cannabisbehandlung angehörten, 52 Befragte eine entsprechende Ablehnung zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse vorliegen hatten und 61 Personen der Gruppe zuzurechnen sind, die keine ärztliche Cannabisverordnung erhalten haben.

Die Datenerfassung erfolgte im Datenmanagement-Team des ZIS der Universität Hamburg am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Die 170 erhobenen Fragebögen wurden mit einem Dokumentenscanner eingelesen und mit Hilfe der Software TeleForm (Version TeleForm Workgroup 10.8) eingegeben. Dieser Scan- und Verifizierungsprozess erfolgte durch darauf im ZIS spezialisierte Wissenschaftliche und Studentische Mitarbeiter*innen. Diese führten auch im Anschluss an die Dateneingabe Plausibilitätsprüfungen und Datenbereinigungsprozesse durch, so dass am Ende ein bereinigter SPSS-Datensatz vorlag, der die Grundlage der in Kapitel 3 erfolgenden Analysen darstellt. Die Berechnungen wurden mit der Computersoftware IBM SPSS Statistics 22 (IBM Corporation 2013). Weitere Details zu den Auswertungsansätzen befinden sich an entsprechenden Stellen im Ergebnisteil.

3 Ergebnisse der Patient*innenbefragung

3.1 Charakteristika nach Gruppenzugehörigkeit und Wohnort

3.1.1 Charakteristika nach Gruppenzugehörigkeit

Im Folgenden werden zunächst alle 170 Befragungsteilnehmer*innen anhand der soziodemographischen Merkmale nach den zuvor festgelegten Befragungsgruppen beschrieben. Die erste Gruppe stellt die 57 Patient*innen dar, bei denen eine bewilligte Kostenübernahme für eine Cannabisbehandlung durch die Krankenkassen vorliegt und eine Ärzt*in vorhanden ist, die ihnen Cannabis-Arzneimittel verschreibt. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um die 52 Patient*innen, deren Antrag auf Kostenübernahme für Cannabis-Arzneimittel von den Krankenkassen negativ beschieden worden ist. In der dritten Gruppe befinden sich die 61 Personen, die über keine Ärzt*in verfügen, die ihnen Cannabis-Arzneimittel auf Rezept verordnet.

Nahezu zwei Drittel der Teilnehmer*innen sind männlich (64 %) (siehe Tabelle 1¹). In allen drei Gruppen dominiert der männliche Anteil (57 % bis 75 %), wobei dieser unter den Befragten mit abgelehntem Kostenübernahmeantrag von Cannabis-Arzneimitteln mit drei von vier Personen am höchsten ist. Frauen befinden sich mit 41 % häufiger unter denjenigen, die über keine verschreibende Ärzt*in verfügen, als in den beiden anderen Gruppen. Ein diverses Geschlecht gibt eine Person (0,6 %) an. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer*innen beträgt 43,2 Jahre mit einer Spannweite von 18 bis 88 Jahren. In der vorliegenden Befragung sind 50 % der Teilnehmer*innen 41 Jahre und älter.

Die Analyse der drei Gruppen ergibt, dass die Patient*innen mit einem abgelehnten Antrag auf Kostenübernahme im Durchschnitt etwas mehr als drei Jahre jünger sind, als diejenigen, die mit Cannabis-Arzneimitteln behandelt werden sowie jene, die über keine verschreibende Ärzt*in verfügen. Ebenso liegt das Medianalter² der Personen mit abgelehntem Antrag mit 37,5 Jahren 6,5 bzw. 7,5 Jahre unter dem der beiden anderen Gruppen. Allerdings sind die Unterschiede des Alters sowie der meisten anderen soziodemographischen Variablen statistisch nicht signifikant (siehe Tabelle 1). Für alle weiteren soziodemographischen Angaben erfolgt daher im Text keine weitere Aufschlüsselung nach den drei Befragungsgruppen.

Die Ergebnisse zur aktuellen Wohnsituation zeigen, dass der Großteil in einer Gemeinschaft mit anderen Menschen, beispielsweise mit der Familie, zusammenlebt. Die am häufigsten genannte Wohnform ist das Leben in einer gemeinsamen Wohnung mit einer/einem

1 In der Tabelle 1 sind die vollständigen Ergebnisse der soziodemographischen Merkmale nach Gesamtgruppe sowie nach den drei Gruppen Patient*innen in Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln, Patient*innen mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme und Personen ohne Verschreibung für Cannabis-Arzneimittel dargestellt.

2 Das Medianalter, auch mediane Lebensalter genannt, teilt eine Gruppe in eine jüngere und eine ältere Hälfte. Ein Medianalter von 37,5 Jahren bedeutet demnach, dass die eine Hälfte der Gruppe jünger und die andere Hälfte älter als 37,5 Jahre alt ist.

Partner*in (52 %). Jede dritte befragte Person wohnt alleine und jede fünfte Person mit einem Kind oder mehreren Kindern zusammen.

Hinsichtlich der Schulbildung der Teilnehmer*innen kann gesagt werden, dass nahezu die Hälfte (47 %) über eine Fachhochschulreife oder ein Abitur verfügt, gefolgt von gut einem Drittel (35 %), das einen Realschulabschluss erwarb. Einen Haupt- oder Volksschulabschluss absolvierten 15 %.

In Bezug auf den (höchsten) Abschluss einer berufsqualifizierenden Ausbildung kann festgestellt werden, dass etwas über die Hälfte (53 %) der Personen eine betriebliche Berufsausbildung absolvierte, gefolgt von einem Viertel, das einen akademischen Abschluss an einer Hochschule oder Universität erwarb. Nur wenige Personen dieser Befragung haben eine Ausbildung angefangen, jedoch nicht abgeschlossen (8 %) oder gar keine Ausbildung begonnen (6 %).

Trotz der zum Teil zahlreichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der befragten Personen (siehe Kapitel 3.2.3, 3.3.3 sowie 3.4.4) ist gut ein Fünftel (21 %) in Vollzeit erwerbstätig. Jedoch erhalten nicht wesentlich weniger Personen aufgrund ihrer Erkrankung(en) oder einer Behinderung eine Erwerbsminderungsrente (19 %). In Teilzeit erwerbstätig sind 12 %, eine reguläre Rente aufgrund des fortgeschrittenen Alters erhalten 9 %. In einer (hoch-)schulischen Ausbildung befinden sich 7 %. Krankengeld infolge krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit beziehen 4 %, Sozialhilfe empfangen 2 % und 0,6 % waren Hausfrau/Hausmann. Erwerbslos oder Empfänger*in von Arbeitslosengeld I (ALG I) oder Arbeitslosengeld II (ALG II) waren zusammengenommen 12 %.

Insgesamt zeigt sich beim gesamthaushaltlichen Nettoeinkommen der Befragungsteilnehmer*innen ein differenziertes Bild. Zusammengenommen verfügt knapp die Hälfte (49 %) über ein gesamthaushaltliches Nettoeinkommen von unter 2.000 Euro pro Monat³. Die kleinste Gruppe stellen mit 7 % die Personen dar, die über ein gesamthaushaltliches Nettoeinkommen von über 5.000 Euro pro Monat verfügen.

Durchschnittlich teilen sich die Befragten mit einer weiteren Person ihren Haushalt, wobei die Spannweite bis hin zu acht weiteren Personen reicht. Mit einer weiteren Person in einem Haushalt zu leben, geben gleichzeitig auch die meisten der Befragten (42 %) an. An zweiter Stelle (32 %) wird angeführt, dass die Teilnehmer*innen alleine in einem eigenen Haushalt wohnten. Fast alle Personen (95 %) geben an, bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert zu sein. Lediglich 7 %⁴ sind privat krankenversichert. Über die Berufsgenossenschaft oder Knappschaft krankenversichert zu sein, berichten 1,2 %⁵.

3 Bei der Interpretation der Ergebnisse des monatlichen gesamthaushaltlichen Nettoeinkommens der Teilnehmer*innen ist zu berücksichtigen, dass das Einkommen nicht in Relation zu den im Haushalt lebenden Personen dargestellt wird. Es handelt sich somit um absolute Eurowerte.

4 Vier dieser Personen sind gesetzlich krankenversichert und besitzen eine private Zusatzversicherung.

5 Eine dieser Personen gibt an, sowohl gesetzlich als auch über die Berufsgenossenschaft krankenversichert zu sein.

Tabelle 1: Charakteristika der Befragten insgesamt sowie aufgeteilt nach den drei Befragungsgruppen (Angaben in %)

Charakteristika	Gesamtbe- fragungs- gruppe	A) In Behand- lung mit Cannabis- Arzneimitt- eln	B) Abgelehnt er Antrag auf Kosten- übernahm- e	C) Kein verschrei- bende/r Ärzt*in	Teststatistik (p-Wert)
	N=170	N=57	N=52	N=61	
Geschlecht	N=170	N=57	N=52	N=61	$\chi^2 = 5,54 (0,24)$
weiblich	35,3	38,6	25,0	41,0	
männlich	64,1	61,4	75,0	57,4	
divers	0,6	0	0	1,6	
Alter in Jahren	N=170	N=57	N=52	N=61	$H^* = 3.1643$
Mittelwert (SD)	43,2 (13,3)	44,1 (12,5)	41,0 (13,5)	44,2 (13,8)	(0,21)
Median	41,0	44,0	37,5	45,0	
Altersspanne	18-88	22-88	19-76	18-84	
Wohnort	N=170	N=57	N=52	N=61	$\chi^2 = 20,42$
Frankfurt am Main	24,7	14,0	15,4	42,6	(0,000)
Großraum Frankfurt (bis 50 km)	27,6	28,1	25,0	29,5	
Nicht Großraum Frankfurt	47,6	57,9	59,6	27,9	
Wohnsituation	N=170	N=57	N=52	N=61	
<i>Mehrfachnennung möglich</i>					
alleinlebend	32,4	33,3	28,8	34,4	$\chi^2 = 1,02 (0,60)$
mit Kind(ern)	20,0	19,3	19,2	21,3	$\chi^2 = 0,41 (0,81)$
mit Partner*in	51,8	57,9	50,0	47,5	$\chi^2 = 0,84 (0,66)$
mit Eltern(teil)	5,9	8,8	7,7	1,6	$\chi^2 = 2,60 (0,27)$
mit Freund*innen/Bekanntem	7,1	3,5	11,5	6,6	$\chi^2 = 2,00 (0,37)$
andere, z. B. bei Geschwistern, Schwiegervater, Großeltern	5,3	7,0	3,8	4,9	$\chi^2 = 0,67 (0,72)$
Schulbildung	N=170	N=57	N=52	N=61	$\chi^2 = 10,75$
derzeit in Schulausbildung	0	0	0	0	(0,22)
ohne Schulabschluss abgegangen	1,8	0	0	4,9	
Hauptschul-/Volksschulabschluss	15,3	17,5	13,5	14,8	
Realschulabschluss/polytech. Ober.	35,3	33,3	46,2	27,9	
Fachhochschulreife/Abitur	46,5	47,4	38,5	52,5	
Anderer, z. B. Highschool, private Handelsschule	1,2	1,8	1,9	0	
Höchster Ausbildungsabschluss	N=162	N=51	N=52	N=59	$\chi^2 = 19,98$
keine Ausbildung begonnen	5,6	3,9	1,9	10,2	(0,03)
in beruflicher/akadem. Ausbildung	1,9	0	3,8	1,7	
keine Ausbildung abgeschlossen	8,0	5,9	9,6	8,5	
Betriebliche Berufsausbildung	53,1	62,7	65,4	33,9	
Meister*in/Techniker*in	6,2	3,9	5,8	8,5	
Akademischer Abschluss	25,3	23,5	13,5	37,3	
Berufliche Situation	N=170	N=57	N=52	N=61	
<i>Mehrfachnennung möglich</i>					
Schule/Hochschule/in Ausbildung	6,5	0	7,7	11,5	$\chi^2 = 6,73 (0,03)$
erwerbstätig (Vollzeit)	21,2	14,0	30,8	19,7	$\chi^2 = 2,67 (0,26)$
erwerbstätig (Teilzeit)	12,4	17,5	7,7	11,5	$\chi^2 = 2,57 (0,28)$
erwerbslos, ALG I	3,5	1,8	1,9	6,6	$\chi^2 = 3,00 (0,22)$
erwerbslos, ALG II, (Hartz IV)	8,8	3,5	13,5	9,8	$\chi^2 = 2,80 (0,25)$
SGB XII (Sozialhilfe)	2,4	3,5	1,9	1,6	$\chi^2 = 0,50 (0,78)$
Hausfrau/Hausmann	0,6	0	1,9	0	$\chi^2 = 2,00 (0,37)$
Erwerbsminderungsrente	19,4	24,6	9,6	23,0	$\chi^2 = 4,91 (0,09)$
Reguläre Rente	9,4	8,8	11,5	8,2	$\chi^2 = 0,13 (0,94)$
Krankengeld	3,5	7,0	1,9	1,6	$\chi^2 = 3,00 (0,22)$
Andere z. B. Wiedereingliederung, Überbrückungsgeld, Minijob	26,5	35,1	25,0	19,7	$\chi^2 = 2,53 (0,28)$

Gesamthaushaltliches Nettoeinkommen/Monat (Euro)	N=169	N=57	N=52	N=60	$\chi^2 = 25,74$ (0,06)
unter 500	8,3	1,8	17,3	6,7	
500 bis unter 1.000	9,5	3,5	7,7	16,7	
1.000 bis unter 1.500	14,2	22,8	11,5	8,3	
1.500 bis unter 2.000	16,6	17,5	15,4	16,7	
2.000 bis unter 3.000	17,8	15,8	21,2	16,7	
3.000 bis unter 5.000	16,6	22,8	15,4	11,7	
5.000 und mehr	7,1	8,8	3,8	8,3	
weiß nicht	5,3	3,5	5,8	6,7	
keine Angabe	4,7	3,5	1,9	8,3	
Gesamtanzahl der im Haushalt lebenden Personen	N=170	N=57	N=52	N=61	H* = 1.2808 (0,53)
1	32,9	33,3	32,7	32,8	
2	41,8	36,8	38,5	49,2	
3	13,5	17,5	7,7	14,8	
4	5,9	5,3	9,6	3,3	
5 und mehr	5,9	7,1	11,5	0	
Mittelwert (SD)	1,3	1,5	1,5	0,8	
Spannweite	1-9	1-9	1-7	1-4	
Krankenversicherungsstatus⁶	N=170	N=57	N=52	N=61	
gesetzlich versichert	94,7	93,0	98,1	93,4	$\chi^2 = 0,35$ (0,84)
privat versichert	6,5	8,8	0	9,8	$\chi^2 = 5,64$ (0,06)
Berufsgenossenschaft/Knappschaft	1,2	1,8	1,9	0	$\chi^2 = 1,00$ (0,61)
anderer	1,8	5,3	0	0	$\chi^2 = 6,00$ (0,05)

Signifikante p-Werte sind durch Fettschreibung hervorgehoben

*H = Kruskal-Wallis Chi-Quadrat-Test

3.1.2 Charakteristika nach Wohnort/Region

Anschließend erfolgt ein Vergleich soziodemographischer Merkmale zwischen den 89 befragten Personen, die in Frankfurt am Main und Umgebung (Frankfurter*innen) und den 81 Personen, die außerhalb von Frankfurt am Main und Umgebung (Nicht-Frankfurter*innen) wohnhaft sind. Allerdings ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen, dass die Gruppenunterschiede zwischen Frankfurter*innen und Bewohner*innen anderer Orte statistisch nicht signifikant sind (siehe Tabelle 2).

Die befragten Personen, die außerhalb von Frankfurt am Main wohnen, sind zu einem größeren Anteil männlich (70 % versus 58 %), im Durchschnitt 3,4 Jahre jünger und eher in einer Gemeinschaft mit anderen Menschen zusammenlebend, als Personen, die aus dem Großraum Frankfurt am Main kommen (siehe Tabelle 2⁷). Frankfurter*innen verfügen sowohl häufiger über einen akademischen Ausbildungsabschluss (30 % versus 21 %) als auch insgesamt etwas öfter über eine berufliche oder akademische Ausbildung als die Befragten, die in einem anderen Gebiet Deutschlands wohnen (86 % versus 82 %).

⁶ Zu Hinweisen zum Krankenversicherungsstatus siehe die Anmerkungen in Fußnote 4 und 5.

⁷ In der Tabelle 2 sind die vollständigen Ergebnisse der soziodemographischen Merkmale nach Personen aus Frankfurt am Main und Umgebung (Frankfurter*innen) und außerhalb von Frankfurt am Main und Umgebung (Nicht-Frankfurter innen) dargestellt.

Eine Erwerbstätigkeit in Voll- oder Teilzeit ist unter den Nicht-Frankfurter*innen öfter vorhanden (38 % versus 29 %). Eine Erwerbsminderungsrente erhalten in etwa zu gleichen Anteilen Personen beider Gruppen (20 % Frankfurter*innen versus 19 % Nicht-Frankfurter*innen). Hinsichtlich des Bezugs von Krankengeld ist der Unterschied jedoch etwas größer: Während 6 % der Befragten in Frankfurt am Main und Umgebung Krankengeld erhalten, sind es unter denen, die außerhalb von Frankfurt ihren Wohnsitz haben, lediglich 1 %. Weiterhin leben Frankfurter*innen zu einem größeren Anteil alleine in einem eigenen Haushalt (36 % versus 28 %) und waren geringfügig öfter bei einer privaten Krankenkasse versichert (8 % versus 5 %).

In der weiteren Ergebnisdarstellung dieses Berichts (ab Kapitel 3.2) wird wegen nicht signifikanter Unterschiede zwischen beiden Gruppen sowie zugunsten einer nicht zu kleinteilig werdenden Analyse, auf eine Gegenüberstellung der Personen, die in Frankfurt am Main und Umgebung (Frankfurter*innen) und außerhalb von Frankfurt am Main und Umgebung (Nicht-Frankfurter*innen) wohnhaft sind, verzichtet.

Tabelle 2: Charakteristika nach Wohnort der Befragten (Angaben in %)

Charakteristika	Frankfurter*innen	Nicht-Frankfurter*innen	Teststatistik (p-Wert)
	N=89	N=81	
Geschlecht	N=89	N=81	$\chi^2 = 3,26 (0,20)$
weiblich	40,4	29,6	
männlich	58,4	70,4	
divers	1,1	0	
Alter in Jahren	N=89	N=81	$W^* = 4099$
Mittelwert (SD)	44,8 (14,1)	41,4 (12,2)	(0,12)
Median	44,0	39,0	
Altersspanne	18-88	22-76	
Wohnort	N=89	N=81	
Frankfurt am Main	47,2	0	
Großraum Frankfurt (bis 50 km)	52,8	0	
woanders	0	100,0	
Wohnsituation	N=89	N=81	
<i>Mehrfachnennung möglich</i>			
alleinlebend	34,8	29,6	$\chi^2 = 0,89 (0,35)$
mit Kind(ern)	16,9	23,5	$\chi^2 = 0,47 (0,49)$
mit Partner*in	51,7	51,9	$\chi^2 = 0,18 (0,67)$
mit Eltern(teil)	5,6	6,2	$\chi^2 = 0,00 (1,00)$
mit Freund*innen/Bekannt	6,7	7,4	$\chi^2 = 0,00 (1,00)$
andere, z. B. bei Geschwistern, Schwiegervater, Großeltern	4,5	6,2	$\chi^2 = 0,11 (0,74)$
Schulbildung	N=89	N=81	$\chi^2 = 2,64 (0,62)$
derzeit in Schulausbildung	0	0	
ohne Schulabschluss abgegangen	2,2	1,2	
Hauptschul-/Volksschulabschluss	11,2	19,8	
Realschulabschluss/polytech. Ober.	36,0	34,6	
Fachhochschulreife/Abitur	49,4	43,2	
Anderer, z. B. Highschool, private Handelsschule	1,1	1,2	

Höchster Ausbildungsabschluss	N=83	N=79	$\chi^2 = 2,21 (0,82)$
keine Ausbildung begonnen	4,8	6,2	
in beruflicher oder akadem. Ausbildung	1,2	2,5	
keine Ausbildung abgeschlossen	8,4	7,4	
Betriebliche Berufsausbildung	49,4	55,6	
Meister*in/Techniker*in	7,2	4,9	
Akademischer Abschluss	28,9	21,0	
Berufliche Situation	N=89	N=81	
<i>Mehrfachnennung möglich</i>			
Schule/Hochschule/in Ausbildung	9,0	3,7	$\chi^2 = 2,27 (0,13)$
erwerbstätig (Vollzeit)	14,6	28,4	$\chi^2 = 2,78 (0,10)$
erwerbstätig (Teilzeit)	14,6	9,9	$\chi^2 = 1,19 (0,28)$
erwerbslos, ALG I	3,4	3,7	$\chi^2 = 0,00 (1,00)$
erwerbslos, ALG II, (Hartz IV)	5,6	12,3	$\chi^2 = 1,67 (0,20)$
SGB XII (Sozialhilfe)	4,5	0	$\chi^2 = 4,00 (0,05)$
Hausfrau/Hausmann	1,1	0	$\chi^2 = 1,00 (0,32)$
Erwerbsminderungsrente	20,2	18,5	$\chi^2 = 0,27 (0,60)$
Reguläre Rente	12,4	6,2	$\chi^2 = 2,25 (0,13)$
Krankengeld	5,6	1,2	$\chi^2 = 2,67 (0,10)$
Andere, z. B. Wiedereingliederung, Überbrückungsgeld, Minijob	32,6	19,8	$\chi^2 = 3,76 (0,05)$
Gesamthaushaltliches Nettoeinkommen/Monat (Euro)	N=89	N=80	$\chi^2 = 9,20 (0,33)$
unter 500	5,6	11,1	
500 bis unter 1.000	13,5	4,9	
1.000 bis unter 1.500	13,5	14,8	
1.500 bis unter 2.000	18,0	14,8	
2.000 bis unter 3.000	14,6	21,0	
3.000 bis unter 5.000	18,0	14,8	
5.000 und mehr	4,5	9,9	
weiß nicht	6,7	3,7	
keine Angabe	5,6	3,7	
Gesamtanzahl der im Haushalt lebenden Personen	N=89	N=81	$W^* = 3318,5 (0,34)$
1	36,0	29,6	
2	40,4	43,2	
3	13,5	13,6	
4	5,6	6,2	
5 und mehr	4,5	7,3	
Mittelwert (SD)	2,0 (1,1)	2,3 (1,5)	
Spannweite	1-6	1-9	
Krankenversicherungsstatus⁸	N=89	N=81	
gesetzlich versichert	95,5	93,8	$\chi^2 = 0,50 (0,48)$
privat versichert	7,9	4,9	$\chi^2 = 0,82 (0,37)$
Berufsgenossenschaft/Knappschaft	0	2,5	$\chi^2 = 2,00 (0,16)$
anderer	0	3,7	$\chi^2 = 3,00 (0,08)$

Signifikante p-Werte sind durch Fettschreibung hervorgehoben

*W = Shapiro-Wilk-Test

⁸ Zu Hinweisen zum Krankenversicherungsstatus siehe die Anmerkungen in Fußnote 4 und 5.

3.2 Befragung von Patient*innen mit bewilligtem Antrag (Gruppe A)

In diesem Kapitel werden die Befragungsergebnisse der 57 Patient*innen präsentiert, bei denen eine bewilligte Cannabisbehandlung durch die Krankenkassen vorliegt. Hierbei handelt es sich um 22 Frauen (39 %⁹) und 35 Männer (61 %). Das Durchschnittsalter beträgt 44,1 Jahre, wobei die Altersspanne von 22 Jahren bis 88 Jahren reicht. Weitere Details zu der Soziodemographie dieser Gruppe sind dem Kapitel 3.1.1 zu entnehmen.

3.2.1 Nutzung von Cannabis-Arzneimitteln

Die Nutzung und Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln stellt sich sehr differenziert dar: Fast jede zweite Patient*in mit bewilligtem Antrag hat aktuell (in den letzten 30 Tagen) mindestens einmal Cannabisblüten mittels Verdampfer o. ä. inhaliert (47 %) (siehe Abbildung 2).¹⁰ Darüber hinaus wird diese Produktform von einem Teil der Patient*innen auch geraucht (23 %) und/oder in oraler Form eingenommen (11 %). Insgesamt betrachtet wird von 68 % der Patient*innen mindestens eine der drei aufgeführten Anwendungsformen von Cannabisblüten aktuell genutzt. Die Fertigarzneimittel Dronabinol (18 %) und Sativex® (12 %) sowie das Vollspektrum-Extrakt Tilray (5 %) werden ebenfalls – in einem unterschiedlichen Ausmaß – von den Patient*innen genutzt. Weitere Cannabis-Arzneimittel kommen insgesamt auf einen Anteil von 11 %. Insgesamt betrachtet nutzt aktuell jede fünfte befragte Person mehr als ein Cannabis-Arzneimittel.

Neben diesem aktuellen Nutzungsverhalten zeigen die Angaben der Patient*innen, dass ein erheblicher Teil von ihnen schon verschiedene Cannabispräparate im Leben ausprobiert hat. Die entsprechenden Erfahrungswerte reichen von 53 % (Blüten inhaliert) über 31 % (Blüten geraucht) und 30 % (Sativex®) bis zu 11 % (Tilray). Mehr als die Hälfte (54 %) kann auf Erfahrungen mit mehr als einem Cannabis-Arzneimittel zurückblicken.

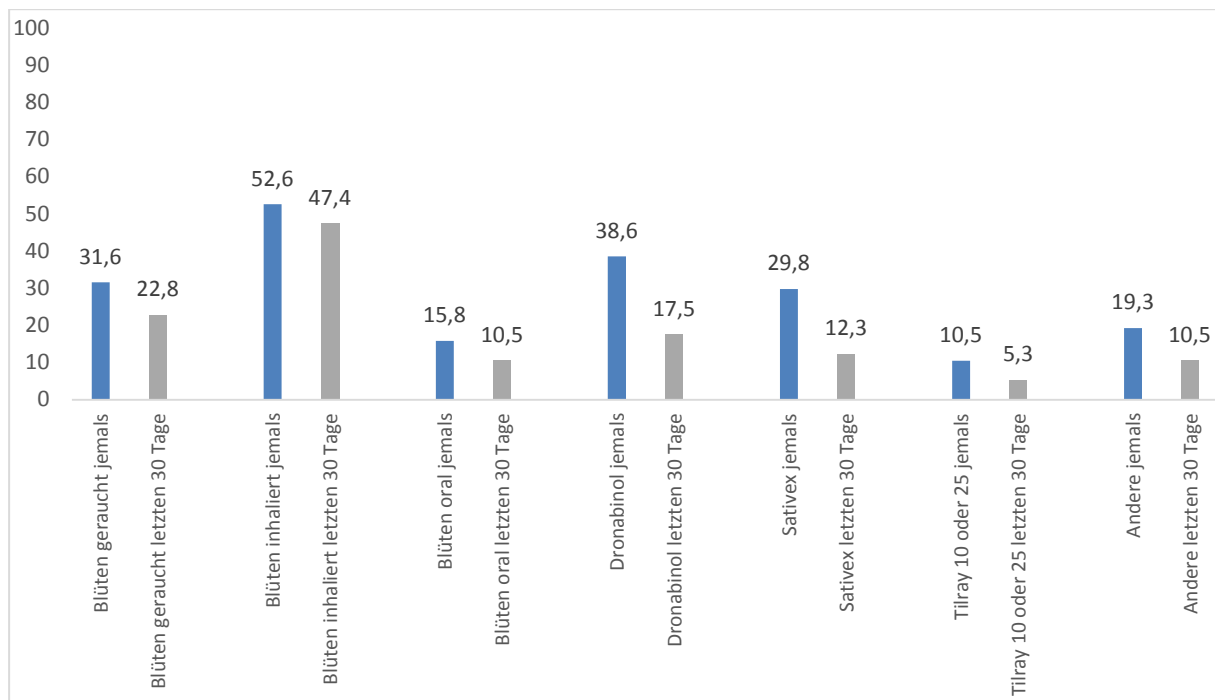
Die allermeisten Patienten*innen nehmen ihre Cannabis-Arzneimittel mehrmals täglich ein (84 %). Jede siebte Person gibt ihre Einnahmefrequenz mit einmal am Tag an (14 %). Bei einer einzigen Patient*in ist dies mehrmals wöchentlich der Fall (2 %). Ein erheblicher Teil der Patient*innen nutzte schon vor Beginn ihrer genehmigten Cannabisbehandlung nicht-verschriebene Cannabisprodukte zur Selbstmedikation (68 %). Nur 15 % aller Patient*innen hatten eine Ausnahmeerlaubnis nach § 3 (2) des BtMG (vor März 2017), mit welcher Cannabisprodukte zu medizinischen Zwecke verwendet werden konnten.

Bei einem Großteil der Patient*innen liegen also Vorerfahrungen im Umgang mit medizinischem Cannabis bzw. Cannabisprodukten, die zur Selbstbehandlung körperlicher oder psychischer Symptome eingesetzt wurden, vor.

⁹ In diesem Berichtsteil werden die in der Abbildung dargestellten Zahlen zugunsten der Lesefreundlichkeit in dem Text gerundet ohne Nachkommastellen zitiert.

¹⁰ In diesem Berichtsteil werden die in der Abbildung dargestellten Zahlen zugunsten der Lesefreundlichkeit in dem Text gerundet (ohne Angabe der Nachkommastelle).

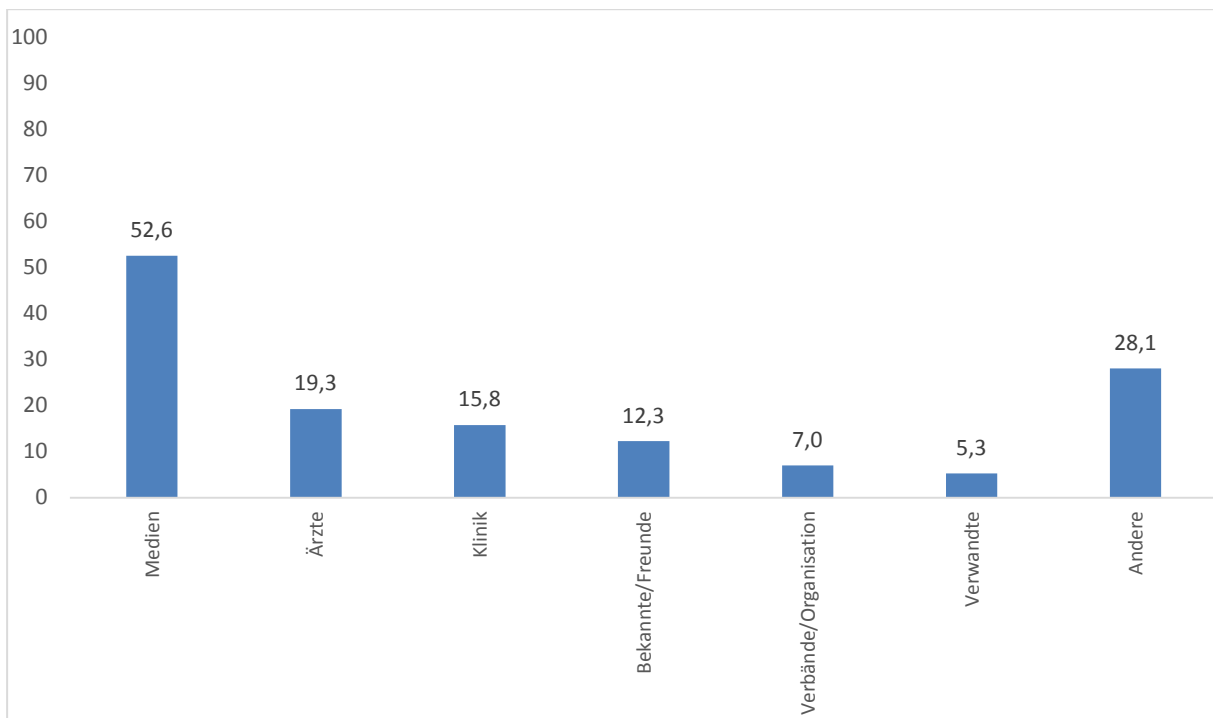
Abbildung 2: Jemals und aktuell (in den letzten 30 Tagen) genutzte Cannabis-Arzneimittel in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57)



3.2.2 Die Antragsstellung

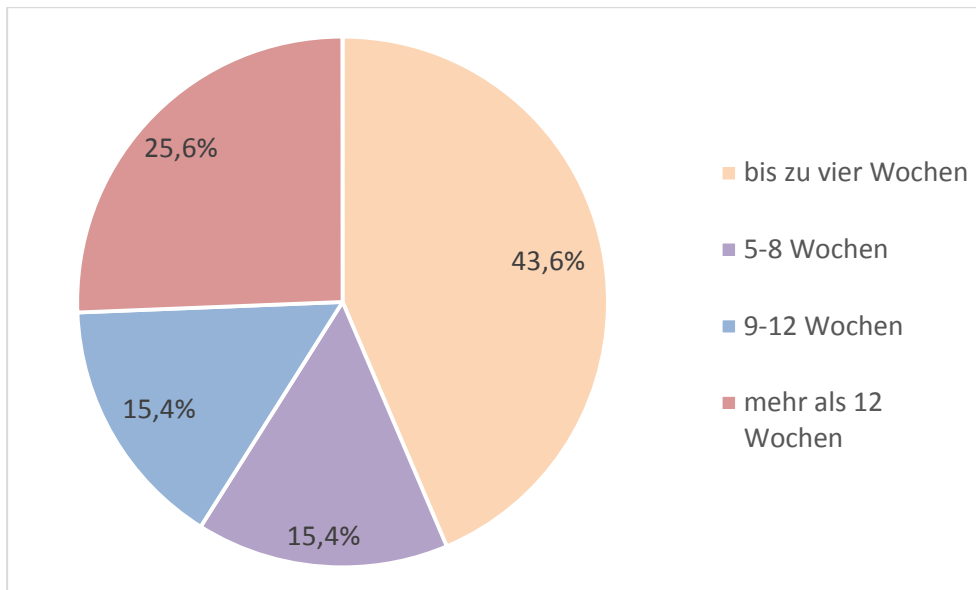
Die meisten Patient*innen (mit einer Bewilligung) sind vor der Antragsstellung durch die Medien über die Möglichkeit einer Cannabisbehandlung aufmerksam gemacht worden (53 %) (siehe Abbildung 3). Daneben haben als Informationsquellen noch die Ärzteschaft (19 %), Kliniken (16 %) sowie Bekannte/Freunde (12 %) eine gewisse Rolle gespielt. 28 % der Befragten haben hier mit der Kategorie ‚anderes‘ geantwortet.

Abbildung 3: Quelle der ersten Aufmerksamkeit auf die Behandlungsmöglichkeit in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57)



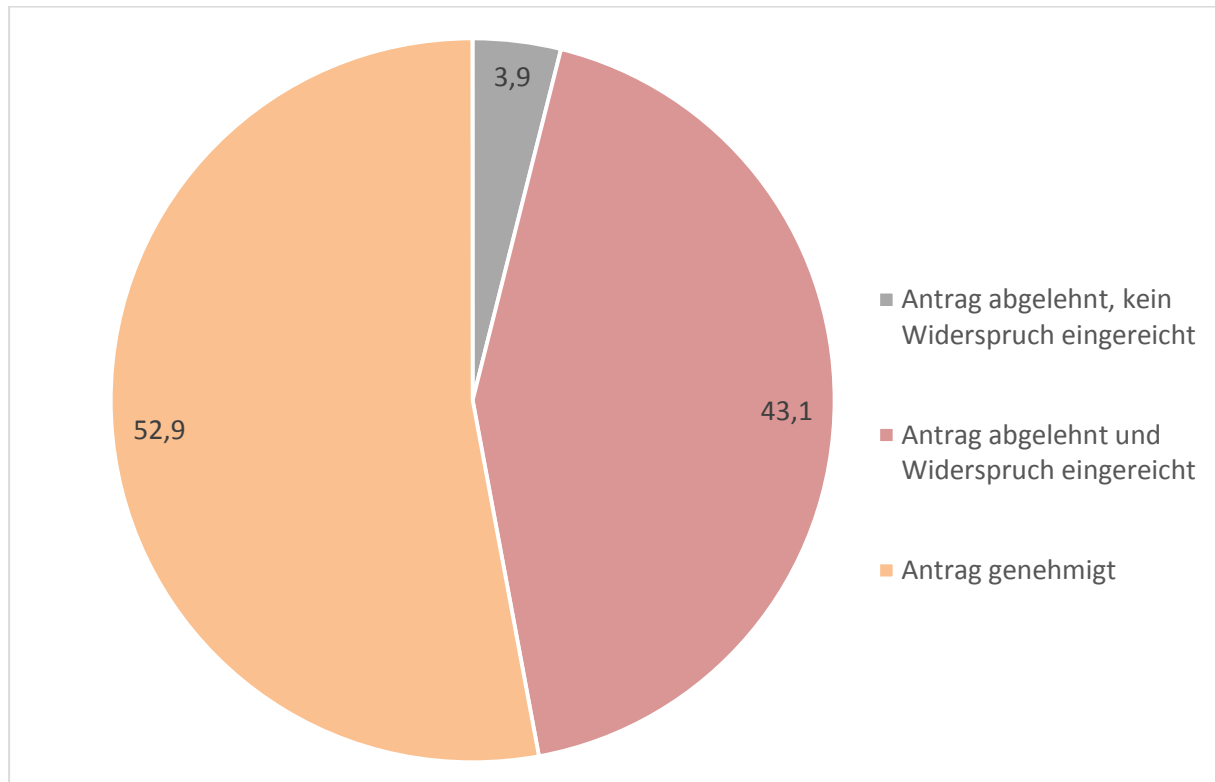
Bei 44 % der befragten Patient*innen wurde der Antrag auf Kostenübernahme der Cannabisbehandlung innerhalb von vier Wochen von der Krankenkasse genehmigt (siehe Abbildung 4). Bei 15 % dauerte das entsprechende Verfahren 5 bis 8 Wochen; ein gleich großer Anteil gibt 9 bis 12 Wochen an. Bei einem Viertel verstrichen sogar mehr als 12 Wochen (26 %), bevor ein positiver Bescheid vom Kostenträger vorlag.

Abbildung 4: Dauer vom Zeitpunkt der Antragstellung auf Kostenübernahme bei den Krankenkassen bis zur Genehmigung in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (N=46, Angaben in %)



Bei dieser Verfahrensdauer ist zu berücksichtigen, dass bei knapp der Hälfte der Patient*innen ihre Anträge auf Kostenübernahme von den Krankenkassen (zunächst) abgelehnt worden sind (siehe Abbildung 5). Bei einem Großteil wurde Widerspruch eingelegt (43 % bezogen auf alle Anträge); bei zwei Personen konnte die Kostenübernahme ohne ein formales Widerspruchsverfahren erreicht werden (4 %). Gut die Hälfte der Betroffenen haben sich für ihren Widerspruch rechtliche Unterstützung geholt (54 %).

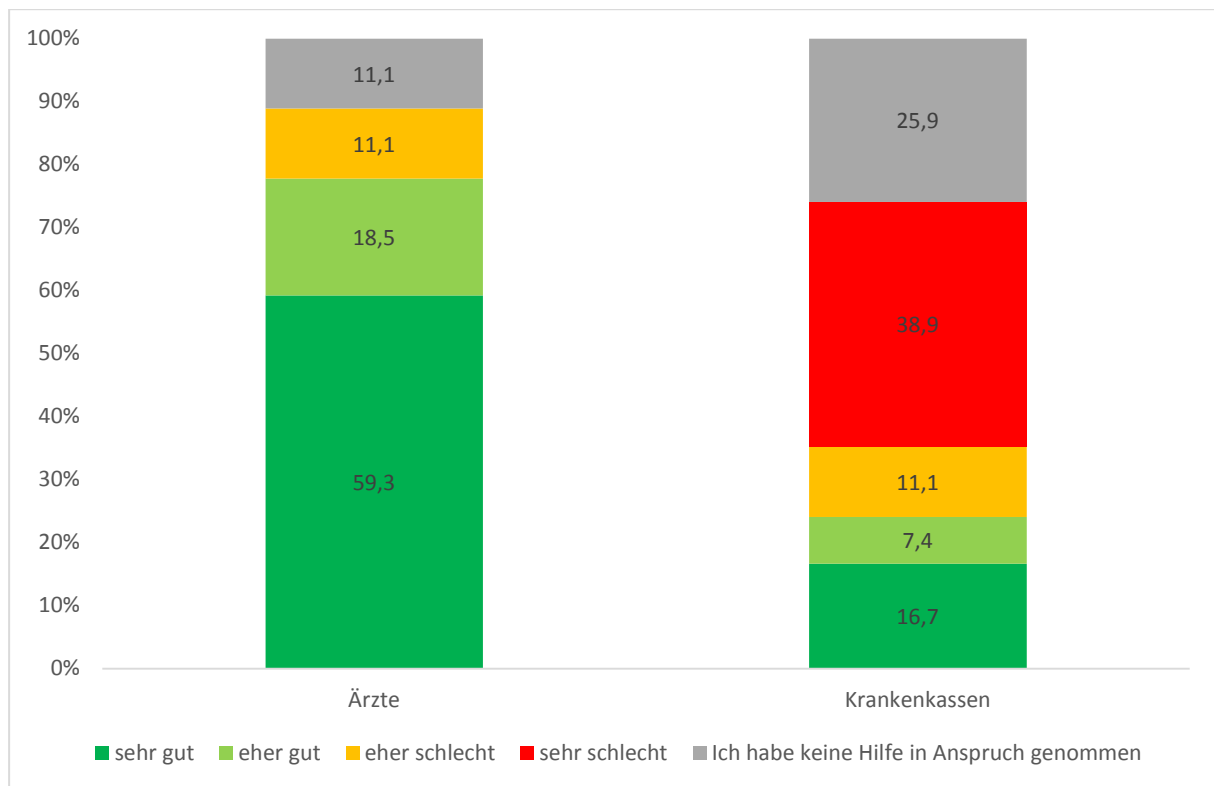
Abbildung 5: Anteil der genehmigten Anträge und die Reaktion auf abgelehnte Anträge in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (N=51, Angaben in %)



Insgesamt 24 % der Befragten haben mehr als nur einen Antrag auf Kostenübernahme an ihre Krankenkasse gestellt (Anzahl von zwei bis zu fünf). Ein gleich großer Anteil hat bei der Formulierung und Einreichung des Antrages juristische Hilfe in Anspruch genommen (24 %). Nach den Angaben der meisten Patient*innen wurde bei der Bearbeitung der Anträge der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet (82 %). 5 % der Befragten haben wegen der Cannabisbehandlung die Krankenkasse gewechselt.

Die Unterstützung bei der Antragstellung durch Ärzt*innen und Krankenkassen wird von den Patient*innen deutlich unterschiedlich wahrgenommen. Während die Rolle der Ärzteschaft von den meisten Befragten positiv beurteilt wird – 78 % betrachten diese als sehr oder eher gut –, werden den Krankenkassen schlechte Noten gegeben (siehe Abbildung 6). Nicht einmal jede vierte Person aus der Gruppe mit bewilligtem Antrag zur Kostenübernahme bewertet die Unterstützung der Krankenkassen positiv (24 %: sehr oder eher gut).

Abbildung 6: Beurteilung der Unterstützung bei der Antragstellung auf Kostenübernahme durch Ärzte und Krankenkassen in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (N=54, Angaben in %)



Insgesamt betrachtet wird der persönliche Aufwand für die Antragstellung von 59 % der Patient*innen als sehr hoch angesehen. Hinzu kommen 18 %, die diesen als eher hoch einstufen. Vor dem Hintergrund der dargestellten Bewertung einzelner Verfahrensabläufe (Dauer, Ablehnungen etc.), dürfte eine solche Gesamtbewertung durch die Patient*innen nicht verwundern.

3.2.3 Beschwerden, Indikationen und Neben-/Wirkungen

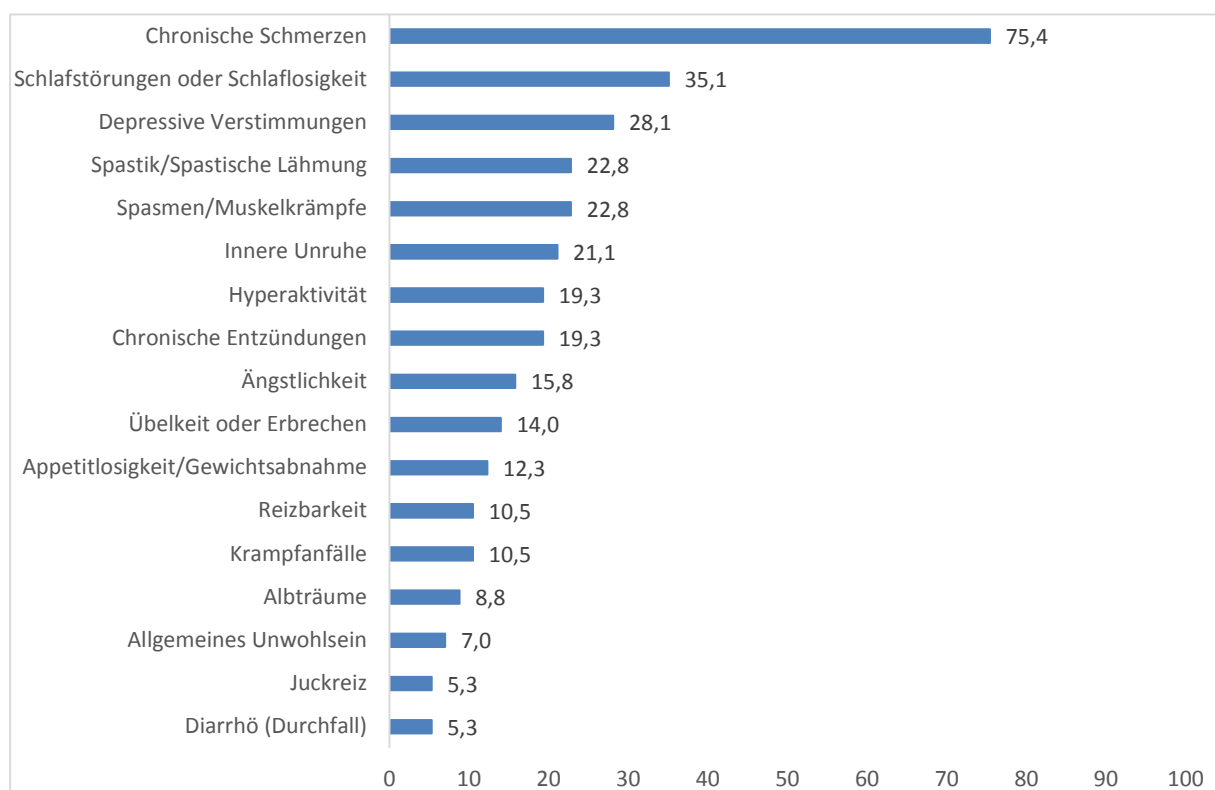
In den folgenden Darstellungen sollen die Anwendungsgebiete für Cannabis-Arzneimittel bei der Gruppe von Patient*innen mit bewilligtem Antrag in den Blickpunkt genommen werden. Im Fragebogen wurde sowohl nach den ursächlichen Beschwerden und Hauptdiagnosen als auch nach erwünschten und unerwünschten Nebenwirkungen der Behandlung gefragt.

In der Abbildung 7 sind zunächst die Beschwerden aufgeführt, für die die Patient*innen Cannabis-Arzneimittel verschrieben bekommen. Im Durchschnitt gaben die Befragten 3,8 Beschwerden an. Drei Viertel der Patient*innen mit einem bewilligten Antrag haben die Cannabis-Arzneimittel gegen chronische Schmerzen verschrieben bekommen (75 %). Das ist die mit Abstand am häufigsten genannte Symptomatik. Es folgen Schlafstörungen und depressive Verstimmungen mit Anteilen von 35 % bzw. 28 %. Dann gibt es verschiedene Beschwerden, die etwa von jeder zehnten bis fünften Patient*in genannt werden. Dazu

gehören u. a. spastische Symptome, Hyperaktivität und Ängstlichkeit. Insgesamt gibt es ein sehr breites Spektrum von Beschwerden, wie die Abbildung 7 zeigt. Bei dieser Darstellung ist ferner zu berücksichtigen, dass nur diejenigen Symptome aufgelistet worden sind, die von mindestens drei Patient*innen angegeben wurden und auf eine Darstellung weiterer vorgegebener oder selbst genannter Beschwerden verzichtet worden ist. Die genannten Symptome bestehen im Durchschnitt seit 14,5 Jahren, wobei die Spannweite von anderthalb bis zu 51 Jahren reicht (Standardabweichung: 12,4).

62 % der Patient*innen nehmen noch andere Medikamente (z. B. Antidepressiva, Antiepileptika, Schmerzmittel) gegen die genannten Beschwerden ein. Dabei geben 80 % an, dass durch die Cannabis-Arzneimittel die Dosis anderer Medikamente verringert oder diese sogar ganz abgesetzt werden konnten.

Abbildung 7: Beschwerden gegen die Cannabis-Arzneimittel eingenommen werden in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, nur Beschwerden mit mindestens drei Nennungen einzeln dargestellt, sortiert N=57)

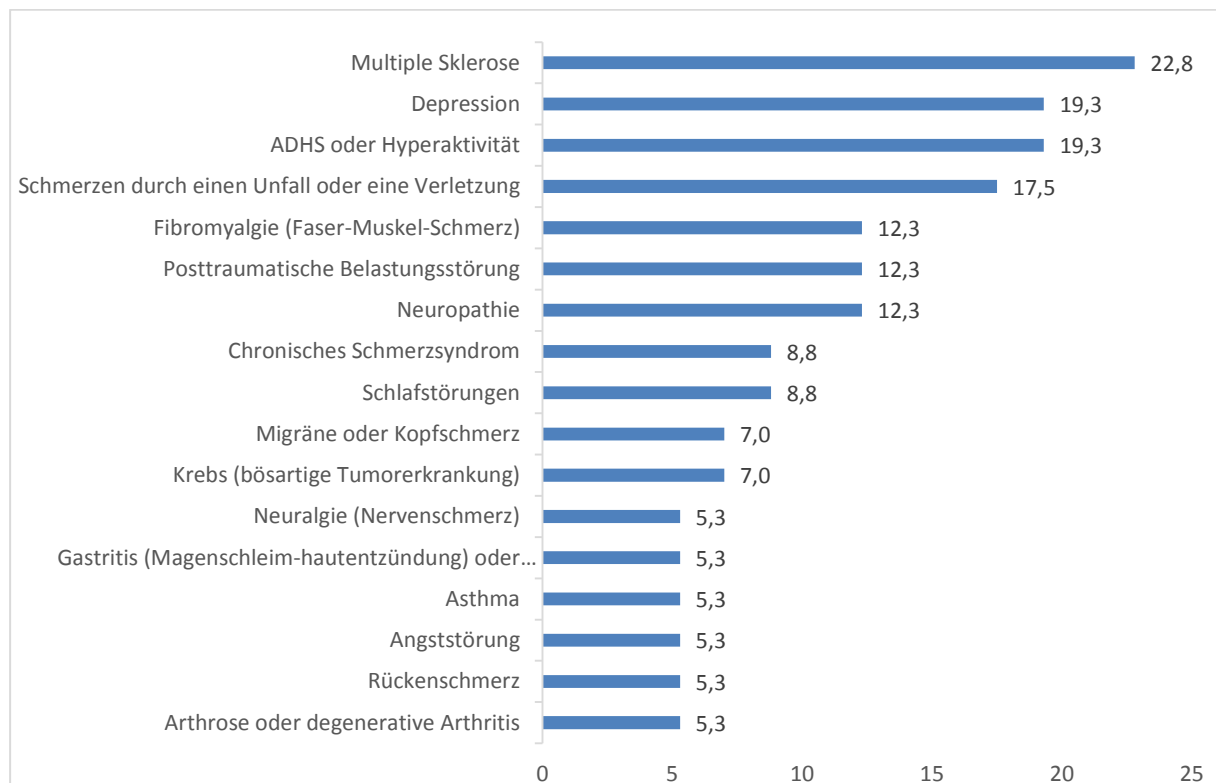


Neben der Symptomatik wurde auch die ärztlich bescheinigte Erkrankung (Hauptdiagnose), für die das Cannabis-Arzneimittel verschrieben wurde, abgefragt. Von den 57 Patient*innen wurden insgesamt 31 verschiedene Hauptdiagnosen angegeben. Insgesamt zeigt sich damit auch hier ein sehr breites Krankheitsbild. Wie bei den Beschwerden konnten von einer Person mehrere genannt werden. Im Durchschnitt sind es 2,4 Hauptdiagnosen für die Cannabis-Arzneimittel eingesetzt werden.

An erster Stelle findet sich Multiple Sklerose, die bei jeder fünften Person mit bewilligtem Antrag die Hauptdiagnose darstellt (21 %) (siehe Abbildung 8). Depression und ADHS/Hyperaktivität kommen mit 20 % auf einen ähnlichen prozentualen Anteil. Zu den Hauptdiagnosen, die von jeweils mindestens drei Patient*innen angegeben werden, zählen u. a. die Posttraumatische Belastungsstörung (11 %), Schlafstörung (9 %), Tumorerkrankungen (7 %) und Gastritis (5 %). Jeweils nur von einer Person wurden u. a. Neurodermitis, Rückenmarksverletzung oder Arthritis genannt.

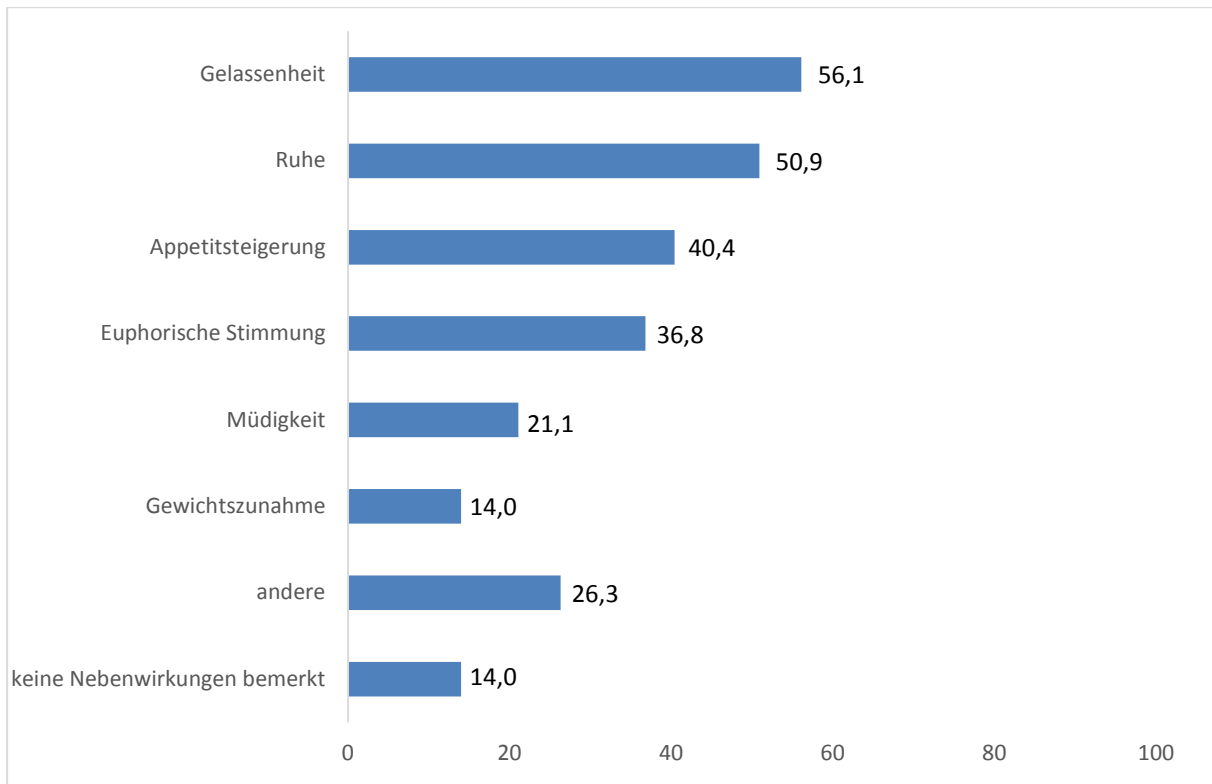
Zudem geben 55 % der befragten Personen an, dass – neben den im Zusammenhang mit der Cannabisbehandlung genannten Hauptdiagnosen – weitere Nebenerkrankungen existieren.

Abbildung 8: Hauptdiagnosen gegen die Cannabis-Arzneimittel eingenommen werden in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57)



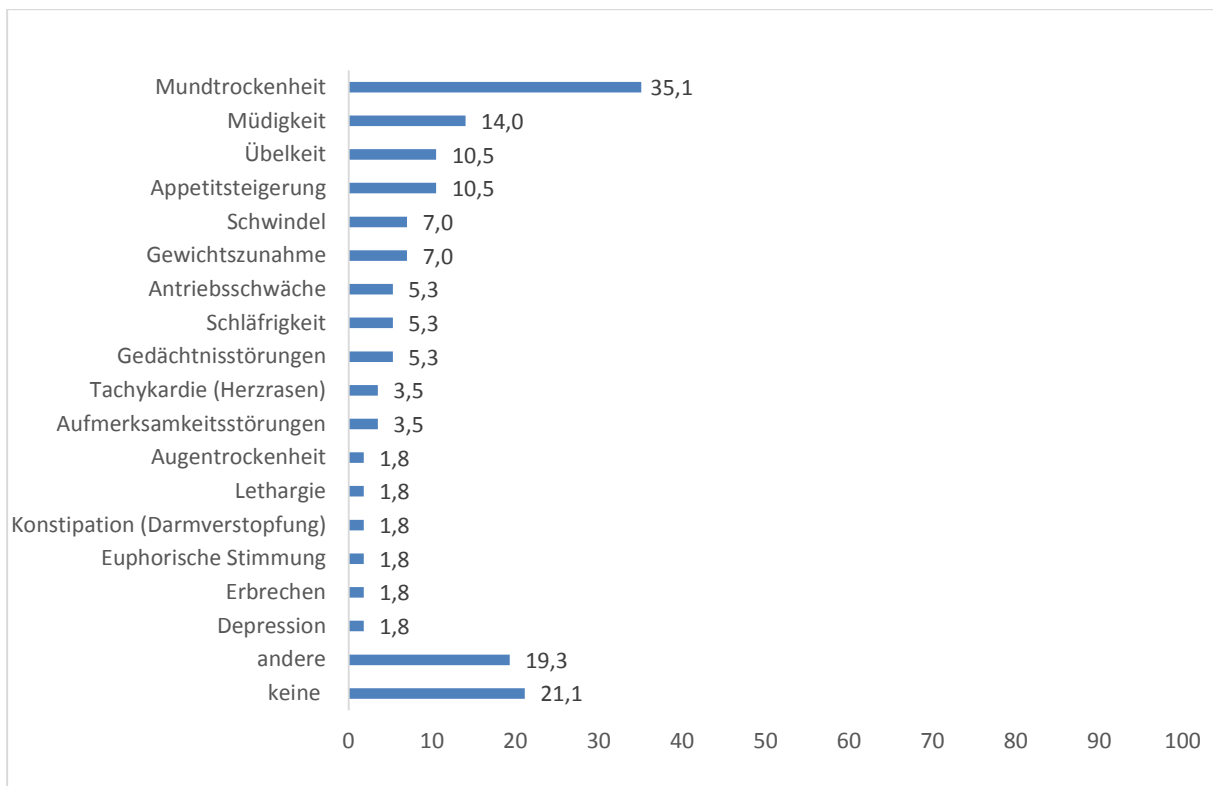
Als angenehm empfundene Nebenwirkungen der Cannabis-Arzneimittel werden von 56 % der Patient*innen Gelassenheit und von 51 % Ruhe genannt (siehe Abbildung 9). Auch die Appetitsteigerung und eine euphorische Stimmung werden häufiger angegeben (40 % bzw. 37 %). Weitere Nebenwirkungen spielen dagegen eine untergeordnete Rolle. Zudem werden noch andere angenehme Nebenwirkungen, wie ein verbesserter nächtlicher Schlaf, vermindertes nächtliches Wasserlassen, eine angstlösende Wirkung sowie ein verbessertes Hautbild genannt. 14 % der Befragten geben an, dass sie bei ihnen keine positiven Nebenwirkungen feststellen konnten.

Abbildung 9: Angenehme Nebenwirkungen durch die Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57)



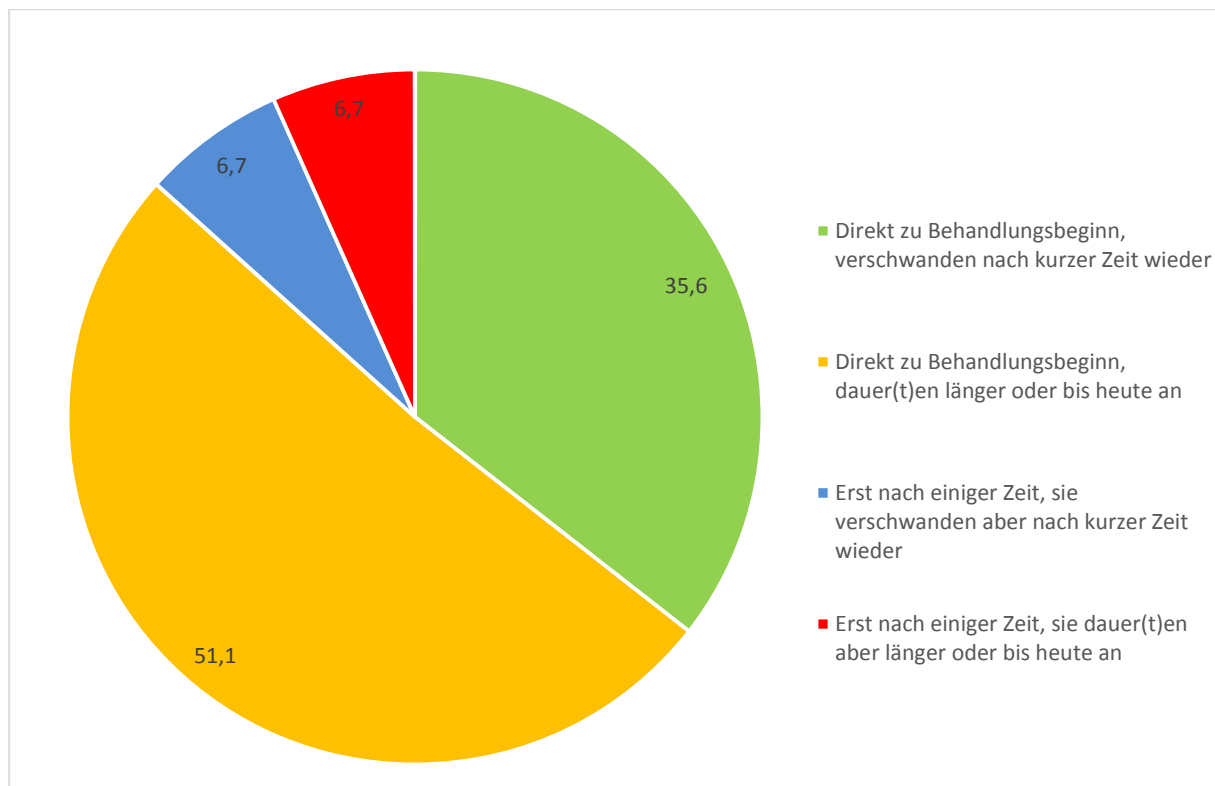
Bei fast 80 % der Patient*innen ist es während der Cannabisbehandlung zu unerwünschten Nebenwirkungen gekommen. An erster Stelle wird dabei – von 35 % aller Patient*innen – Mundtrockenheit genannt (siehe Abbildung 10). Bei jeder siebten Person tritt Müdigkeit auf (14 %) und jeweils 11 % geben Übelkeit und Appetitsteigerung als Nebenwirkungen an. Alle anderen potentiell unerwünschten Nebenwirkungen werden von 4 und weniger Personen genannt. Vereinzelt wird auch von Panikattacken, erhöhter Risikobereitschaft, Lichtempfindlichkeit sowie unangenehmen psychoaktiven Wirkungen (Kategorie: andere) berichtet. Nach diesen Selbstangaben verursachen die Cannabis-Arzneimittel bei 21 % überhaupt keine unerwünschten Nebenwirkungen.

Abbildung 10: Unerwünschte Nebenwirkungen durch die Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57)



Bei gut der Hälfte der Patient*innen mit Nebenwirkungen traten diese direkt zu Behandlungsbeginn auf und dauerten länger oder halten immer noch an (51 %) (siehe Abbildung 11). Dagegen sind bei 36 % die unerwünschten Nebenwirkungen kurz nach Behandlungsbeginn wieder verschwunden. Darüber hinaus gibt es insgesamt 6 Personen (13 %), bei denen sich die Nebenwirkungen erst später entwickelten und teilweise noch anhalten.

Abbildung 11: Zeitliches Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen nach Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=45)



3.2.4 Die Versorgungssituation

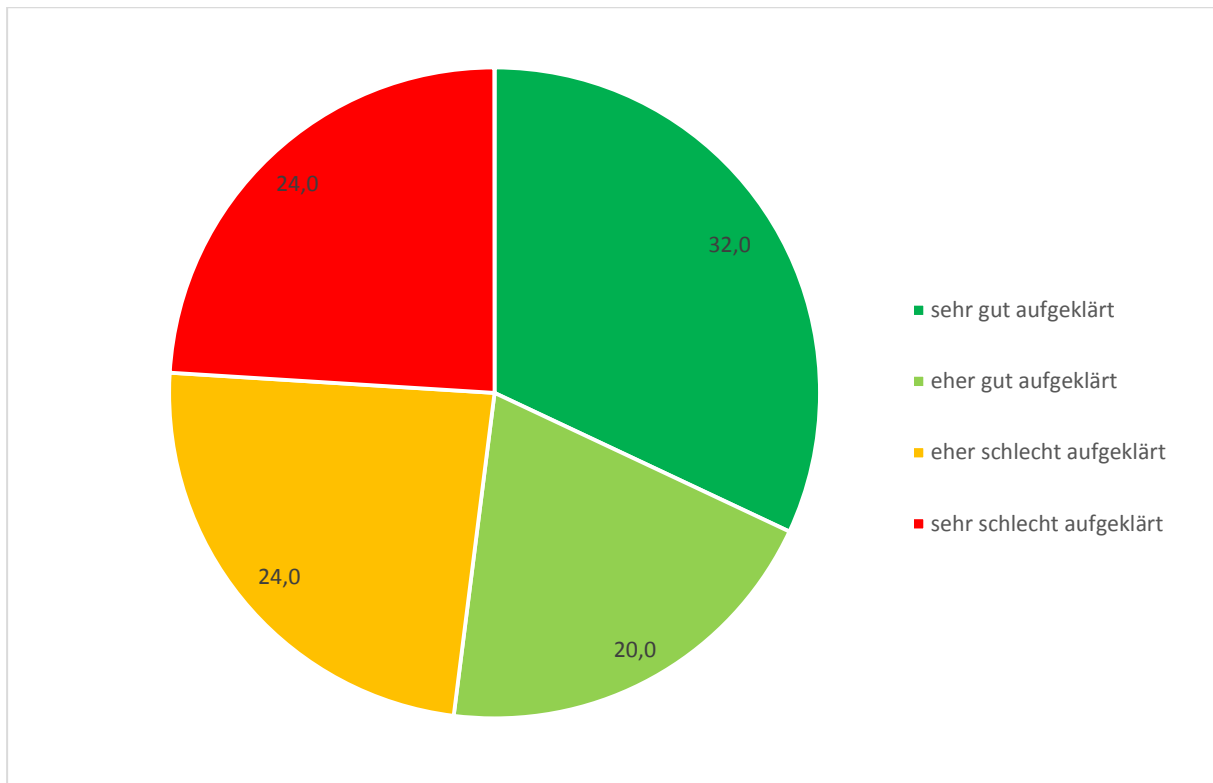
59 % der Patient*innen sind bei einer Fachärztin/-arzt in Behandlung, 37 % bei ihrer Allgemeinmediziner*in und 4 % in einer Klinik. Die Befragten geben dabei an, dass jeder fünfte dieser Ärzt*innen auf die Cannabisbehandlung spezialisiert sei (20 %). 43 % der Patient*innen haben ihre Arztpraxis für die Cannabisbehandlung speziell ausgewählt. Über drei Viertel der Patient*innen haben ihre Ärztin oder ihren Arzt aktiv selber auf die Behandlungsmöglichkeit mit Cannabis-Arzneimitteln angesprochen (77 %). Nur bei knapp einem Viertel (23 %) war es andersherum, erfolgte also der Hinweis auf diese Option von Seiten der Mediziner*innen. Insgesamt sehen sich fast 70 % der Patient*innen von ärztlicher Seite kompetent über die Cannabisbehandlung aufgeklärt.

Zwei Drittel aller Patient*innen gehen einmal im Monat in die Apotheke, um sich ihre Cannabis-Arzneimittel abzuholen (66 %). Ein knappes Viertel kommt einmal im Quartal (24 %). Eher Ausnahmen stellen Personen dar, deren Besuchsfrequenz in der Apotheke wöchentlich oder seltener als einmal im Quartal ist (jeweils 6 %).

Bei der Frage, wie die Patient*innen die Aufklärung durch die Apotheker*innen über die Wirkungen und Risiken der Cannabismedikation beurteilen, ergibt sich ein geteiltes Meinungsbild: Gut die Hälfte der Befragten bewerten diese positiv und vergeben ein „eher“

oder „sehr gut“ (siehe Abbildung 12). Die andere knappe Hälfte ist mit der Aufklärung durch die Apotheke eher oder absolut unzufrieden.

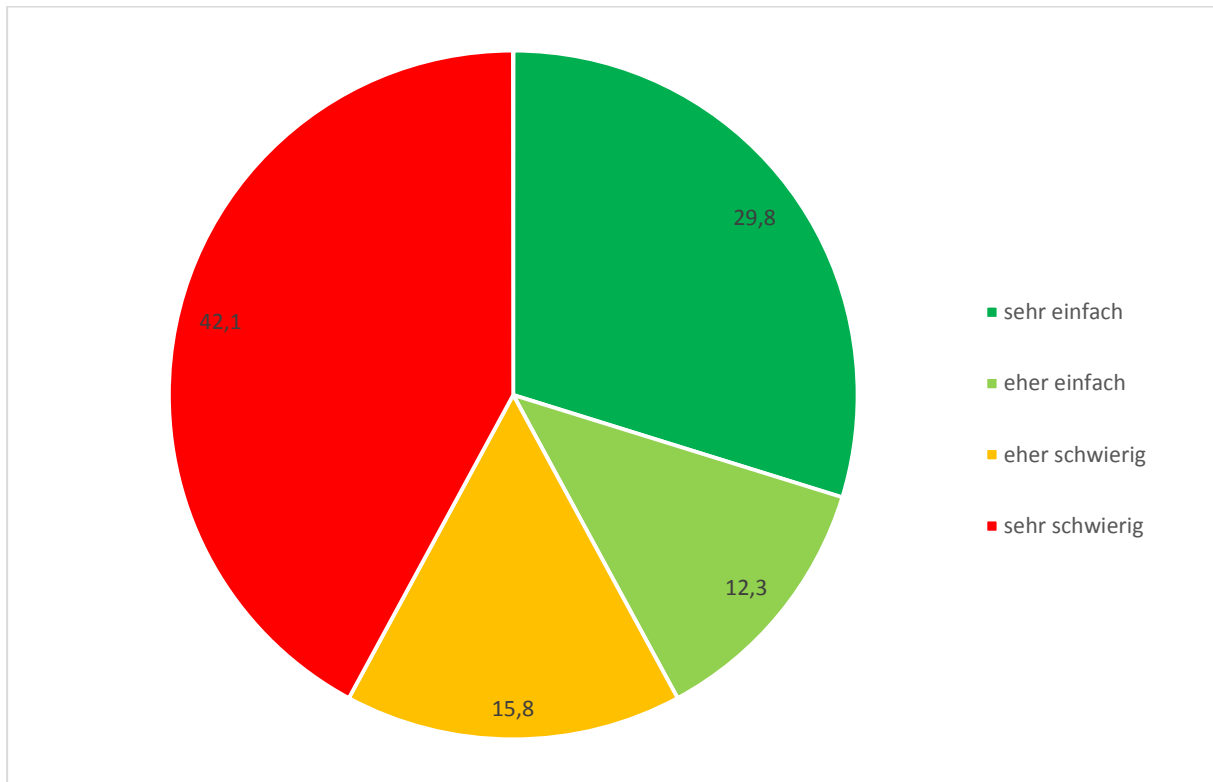
Abbildung 12: Beurteilung der Aufklärung zum Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln durch Apotheker*innen in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=50)



Wenn nach der Schwierigkeit gefragt wird, eine Apotheke mit medizinischen Cannabisprodukten zu finden, geben 58 % der Patient*innen an, dass dieses (sehr oder eher) schwierig war (oder teilweise noch ist) (siehe Abbildung 13). Für 42 % stellte das Finden einer Apotheke mit vorrätigen Cannabis-Arzneimitteln hingegen kein Problem dar.

Nach den Aussagen der Hälfte der Patient*innen kommt es häufiger vor, dass die konkret verschriebenen Cannabisprodukte in der Apotheke nicht vorrätig sind (51 %). Dass dieses manchmal oder selten der Fall ist, geben jeweils 14 % der Befragten an. Nur bei einem Fünftel (21 %) der Patient*innen verläuft die Versorgung mit Cannabis-Arzneimitteln in Apotheken problemlos.

Abbildung 13: Auffindbarkeit von Apotheken, die Cannabis-Arzneimittel grundsätzlich vorrätig haben in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=57)

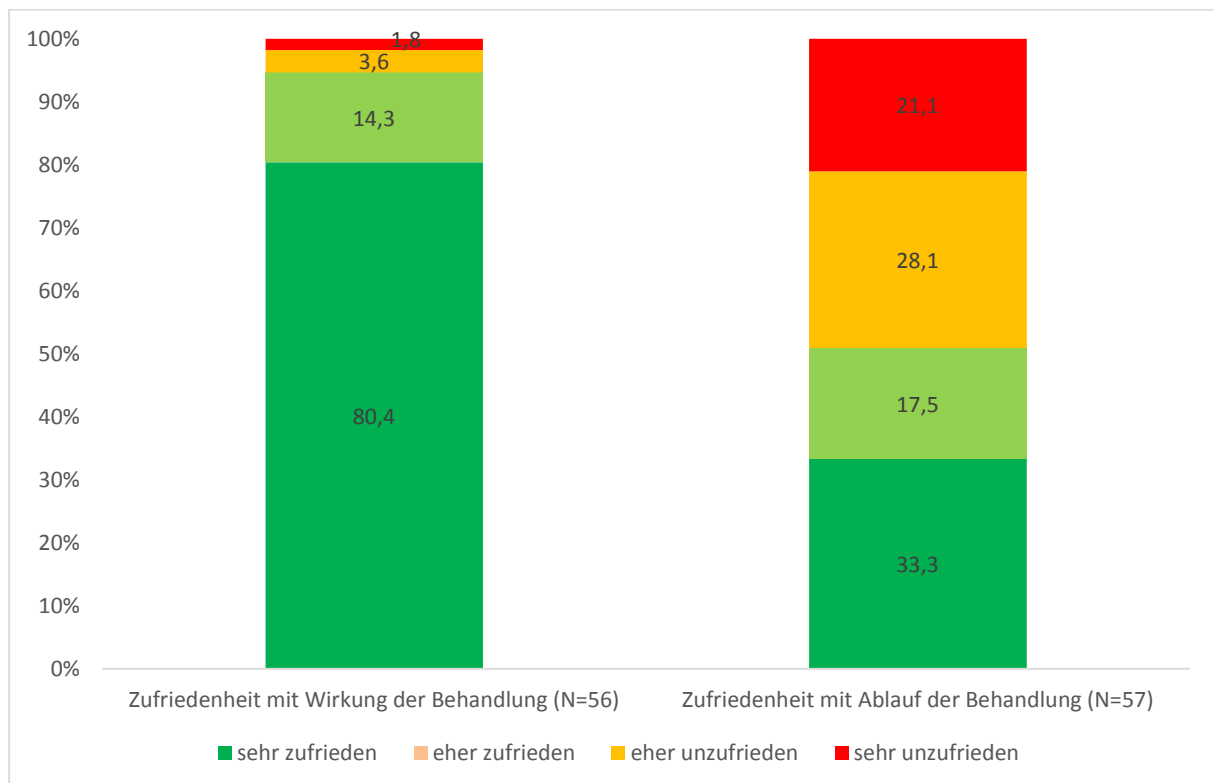


3.2.5 Akzeptanz der Gesamtbehandlung

Abschließend werden noch einige Aussagen der Patient*innen-Gruppe mit Bewilligung dargestellt, die sich auf die gesamte Cannabisbehandlung beziehen.

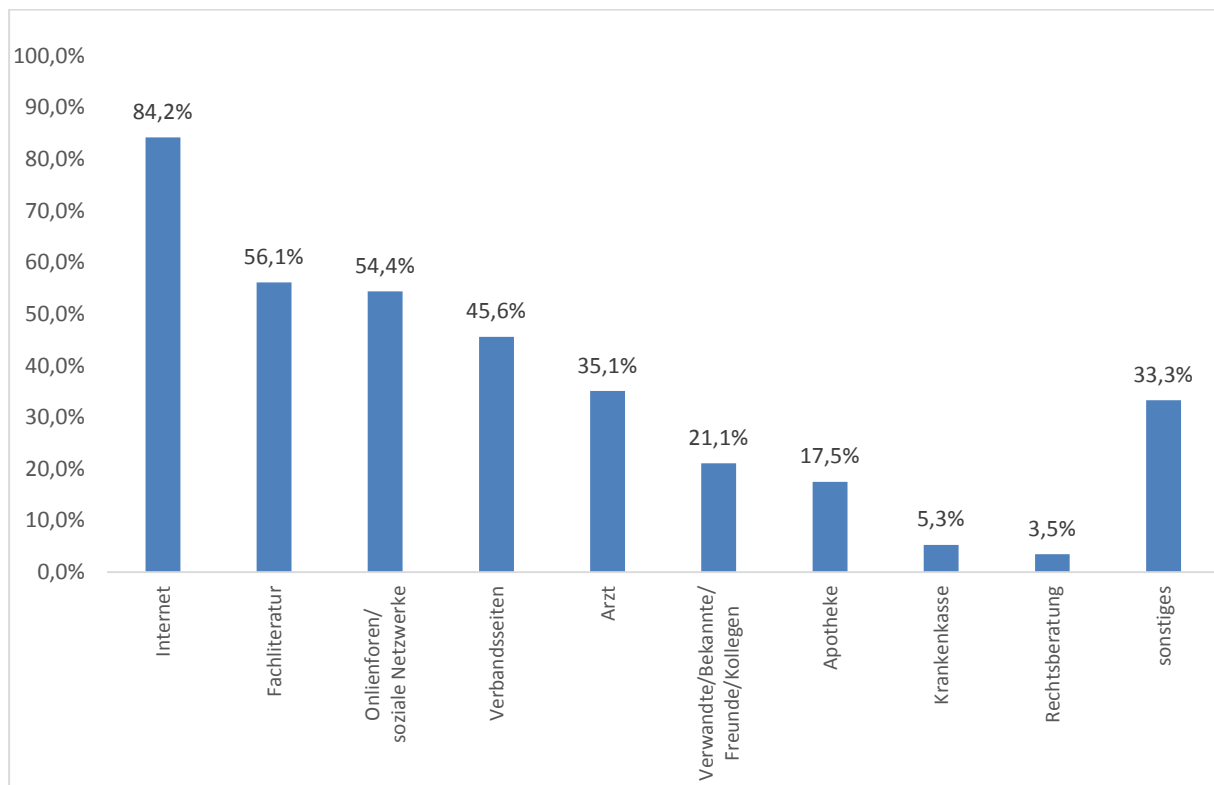
Fast alle Patient*innen sind mit der Wirkung der Cannabisbehandlung zufrieden, 80 % sogar sehr (siehe Abbildung 14). Nur 5 % bewerten die Behandlung negativ. Dagegen zeigt sich bei der entsprechenden Frage nach dem Ablauf der Cannabisbehandlung (z. B. Gespräch mit Ärztin, Beantragungsverfahren, Verfügbarkeit in Apotheke) erneut ein geteiltes Meinungsbild: Die eine Hälfte der Patient*innen ist mit diesem zufrieden (sehr oder eher: 51 %), die andere unzufrieden (sehr oder eher: 49 %).

Abbildung 14: Zufriedenheit mit der Wirkung und dem Ablauf der Cannabisbehandlung in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (N=56/57, Angaben in %)



Auf die Frage, wie Sie sich über die Möglichkeiten der Cannabisbehandlung informiert haben, antworten die meisten Patient*innen, dass sie dafür das Internet genutzt haben (84 %) (siehe Abbildung 15). Als weitere generelle Informationsquellen werden jeweils von einer Mehrheit auch Fachliteratur und Onlineforen genannt (56 % bzw. 54 %). Die Ärzteschaft ist dies bei gut jeder dritten Person (35 %). Bemerkenswert ist, dass in diesem Zusammenhang die Krankenkassen nur von ganz wenigen Patient*innen angegeben werden (5 %). Unter ‚sonstiges‘ werden Arzneimittelhersteller, die Kontaktaufnahme zu Betroffenen im Ausland sowie wissenschaftliche Vorträge als Informationsquellen genannt.

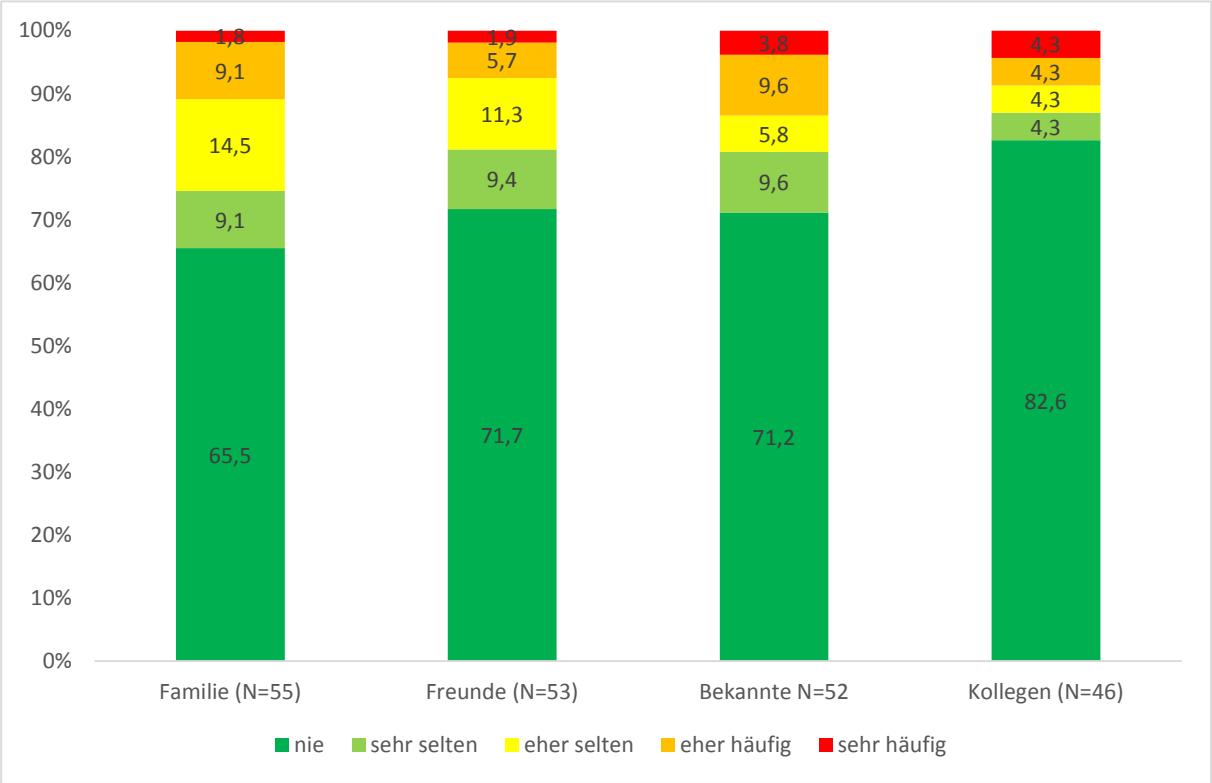
Abbildung 15: Genutzte Informationsquellen in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=57)



Ein Teil der Befragten engagiert sich im Zusammenhang mit der Cannabisbehandlung: Sie sind Mitglied in Vereinen (14 %) und Selbsthilfegruppen (16 %) oder gehören Arbeitskreisen (11 %) und sozialen Netzwerken an (32 %). Bei gut der Hälfte der Patient*innen ist keine von diesen Aktivitäten vorhanden (51 %).

Die meisten Patient*innen werden vom Familien- und Bekanntenkreis oder von Kolleg*innen nie oder nur selten kritisch auf die Cannabisbehandlung angesprochen (jeweils über 75 %) (siehe Abbildung 16).

Abbildung 16: Kritische Ansprache zur Cannabisbehandlung durch verschiedene Personengruppen in der Gruppe mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme (N=46-55, Angaben in %)



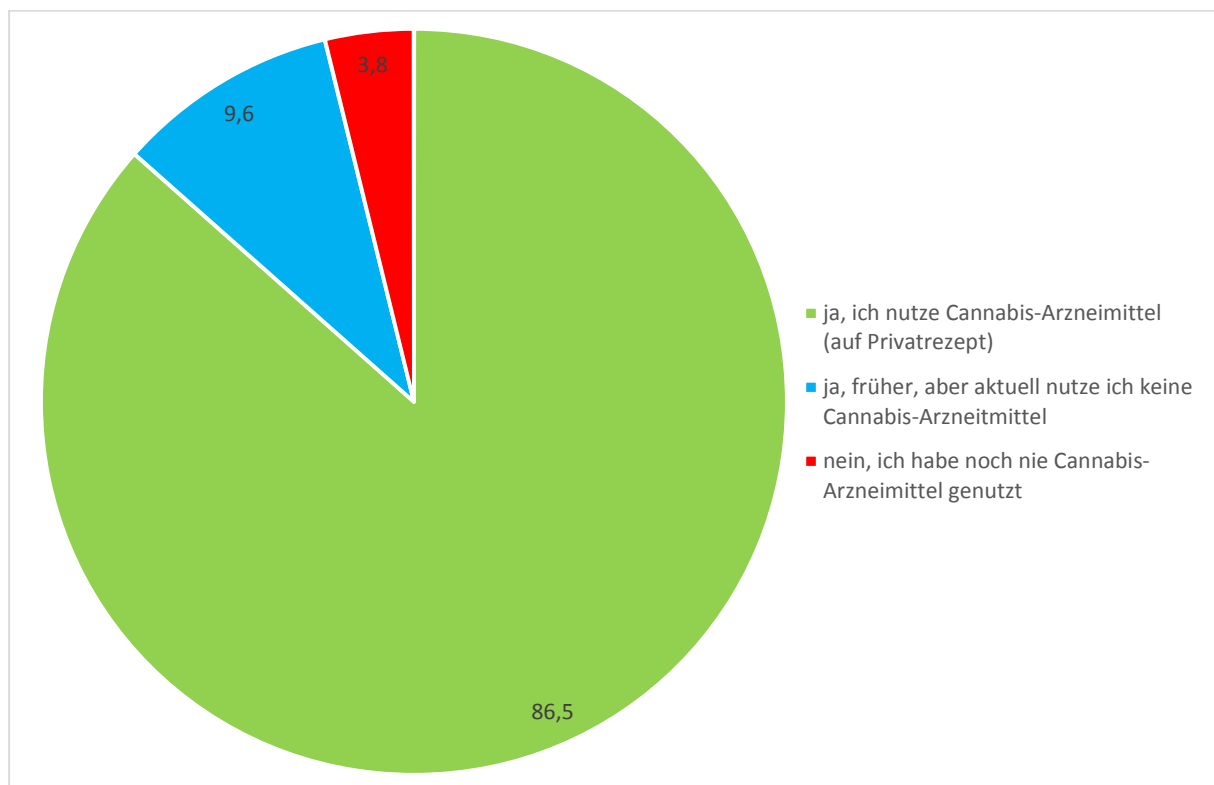
3.3 Befragung von Patient*innen mit abgelehntem Antrag (Gruppe B)

Nachdem im Kapitel 3.2 die Patient*innen mit einem bewilligten Antrag auf Kostenübernahme untersucht worden sind, soll in diesem Abschnitt die Situation der 52 Patient*innen, deren Antrag negativ beschieden worden ist, dargestellt werden. Hierbei handelt es sich um 13 Frauen (25 %) und 39 Männer (75 %). Das Durchschnittsalter beträgt 41,0 Jahre, wobei die Altersspanne von 19 Jahren bis 76 Jahren reicht. Weitere Details zu der Soziodemographie dieser Gruppe sind dem Kapitel 3.1 zu entnehmen.

3.3.1 Nutzung von Cannabis-Arzneimitteln

Die meisten Patient*innen mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme nutzen auch ohne die Bewilligung durch die Krankenkassen Cannabis-Arzneimittel. Der Abbildung 17 ist zu entnehmen, dass 87 % der 52 Befragten aktuell Cannabis-Arzneimittel auf Privatrezept verschrieben bekommen. Jede zehnte Person nutzt aktuell keine Cannabis-Arzneimittel, hat aber in der Vergangenheit Erfahrung mit Cannabis-Arzneimitteln machen können. Nur zwei Personen haben noch nie derartige Medikamente genutzt. Befragt nach den Gründen, warum aktuell kein Cannabis-Arzneimittel auf Privatrezept verwendet wird, geben die meisten zu hohe Kosten als Argument an.

Abbildung 17: Aktuelle und frühere Nutzung von Cannabis-Arzneimitteln (auf Privatrezept) in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=52)



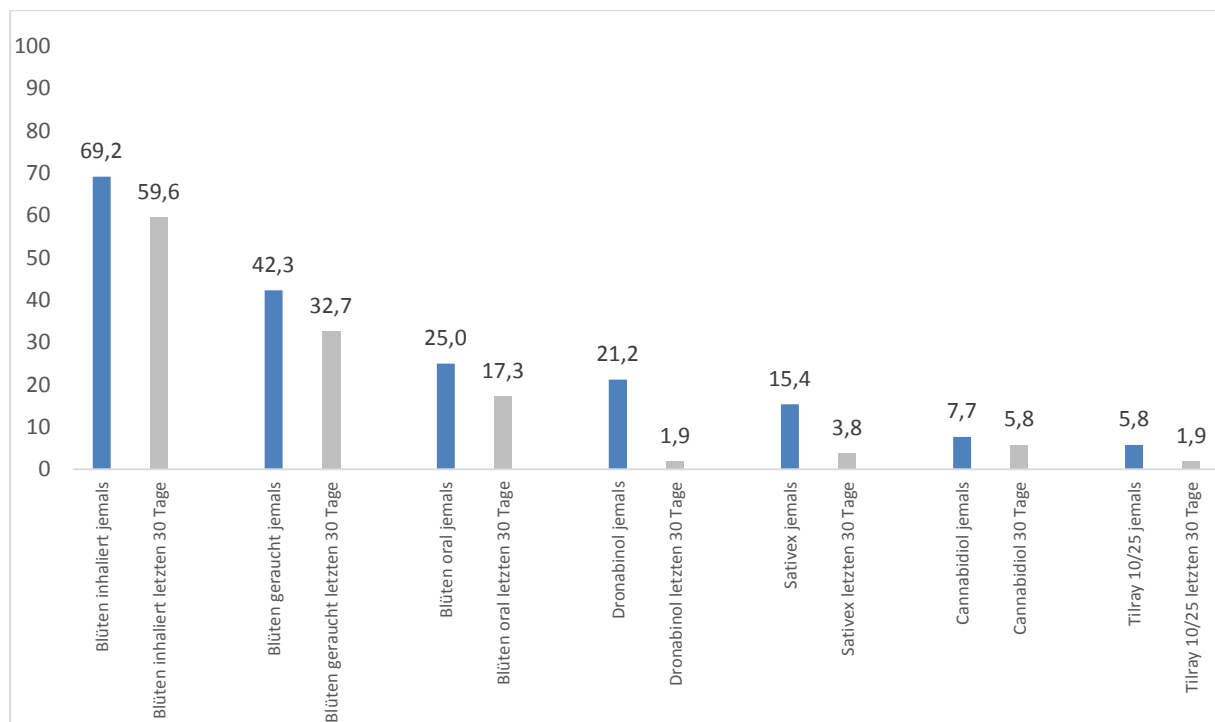
In Abbildung 18 ist dargestellt, welche Cannabis-Arzneimittel von den Patient*innen ohne Kostenzusage der Krankenkasse jemals bzw. in den letzten 30 Tagen genutzt worden sind. Für die Cannabisblüten ist dies differenziert danach dargestellt, ob diese geraucht, inhaliert oder oral eingenommen worden sind. Über zwei Drittel (69 %) der Patient*innen dieser Gruppe haben jemals im Leben Blüten inhaliert. Mit 60 % ist auch aus Sicht der letzten 30 Tage diese Anwendung, die mit Abstand häufigste Applikationsform.

An zweiter Stelle folgt das Rauchen von Cannabisblüten. 42 % haben dies jemals aus medizinischem Zwecke getan und ein Drittel im letzten Monat. Ein Viertel der Befragten hat Erfahrungen mit der oralen Einnahme und 17 % nutzen diese Applikationsform aktuell.

Insgesamt betrachtet wird von drei Vierteln (75 %) der Patient*innen eine der drei aufgeführten Anwendungsformen von Cannabisblüten aktuell genutzt (auf die Lebenszeit betrachtet sind es 83 %).

Deutlich seltener kommen die nicht (direkt) auf Cannabisblüten basierenden Cannabis-Arzneimittel in dieser Gruppe zum Einsatz. Über die Lebensspanne betrachtet wurde von ca. jedem Fünften Dronabinol und jedem Siebten Sativex® mindestens einmal probiert. Aktuell, also in den letzten 30 Tagen, finden diese Produkte aber unter den Befragten mit einer abgelehnten Kostenzusage so gut wie keine Anwendung. Cannabidiol wurde von 8 % jemals und 6 % innerhalb der letzten Monatsspanne per Verschreibung über Privat Rezept eingenommen. Tilray 10 und Tilray 25 finden eine noch geringere Beachtung bei der Auswahl des passenden Cannabis-Arzneimittels. Insgesamt betrachtet werden von 40 % der Befragten aktuell mehr als ein Cannabis-Arzneimittel genutzt, bezogen auf die gesamte Lebensspanne sind dies 63 %.

Abbildung 18: Jemals und aktuell (in den letzten 30 Tagen) genutzte Cannabis-Medikamente in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=52)

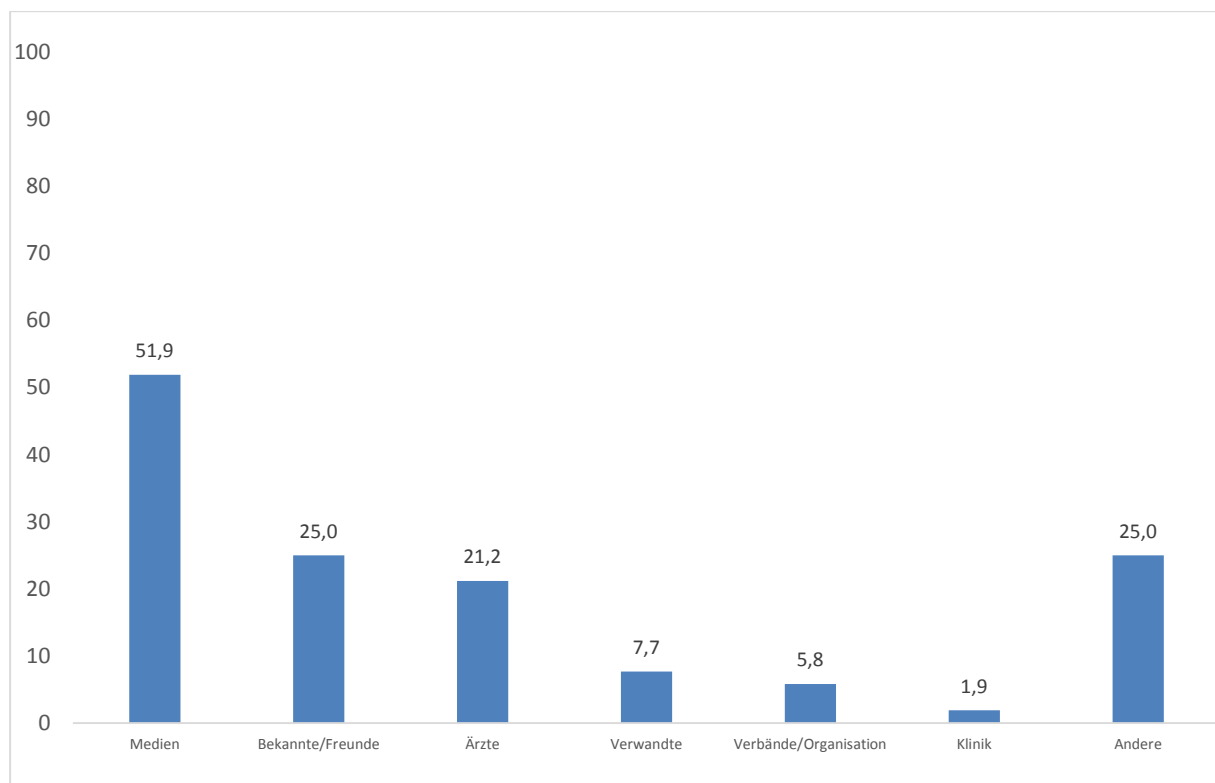


43 % der Befragten nehmen gegen ihre Beschwerden auch noch andere Medikamente, wie z.B. Antiepileptika, Antiparkinsonika oder Benzodiazepine. 57 % verwenden dementsprechend ausschließlich Cannabis-Arzneimittel. Fast vier Fünftel (79 %) konnten seit der Nutzung von cannabis-haltigen Medikamenten die Einnahme von anderen Arzneimitteln absetzen oder reduzieren.

3.3.2 Vorerfahrungen und Antragsstellung

Betrachtet man in der Gruppe B, wie diese auf Cannabis-Arzneimittel aufmerksam geworden sind, so zeigt sich, dass die Medien von jeder zweiten Person (52 %) als Informationsquelle genannt wurden (siehe Abbildung 19). Am zweithäufigsten mit 25 % werden Bekannte und Freund*innen angegeben. Erst an dritter Stelle folgen mit 21 % die Ärzt*innen. Entsprechend diesem, für eine medikamentöse Behandlung geringen Wert, geben auch 85 % der Befragten an, dass sie ihre Ärzt*in aktiv auf die Cannabisbehandlungsmöglichkeiten angesprochen haben (bei 15 % war es andersherum). Nur in wenigen Fällen wurde durch Verwandte (8 %), Verbände/Organisationen (6 %) oder eine Klinik (2 %) das Interesse für eine Cannabisbehandlung geweckt. Ein Viertel gibt noch andere Informationsquellen an.

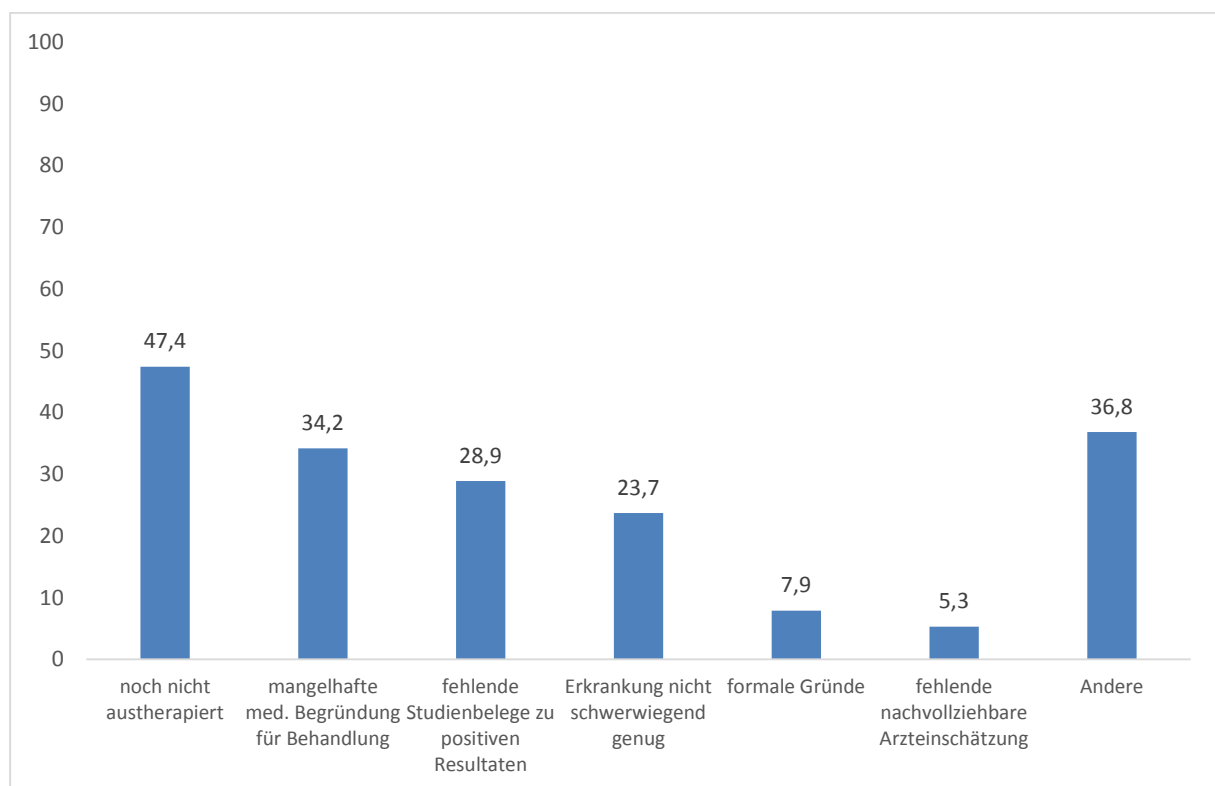
Abbildung 19: Quelle der ersten Aufmerksamkeit auf die Behandlungsmöglichkeit in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=52)



Im Folgenden soll der – letztlich erfolglose – Prozess der Antragstellung auf Kostenübernahme für Cannabis-Arzneimittel, die Ablehnungsgründe der Krankenkassen und die diesbezüglichen Reaktionen der Patient*innen dargestellt werden. Zunächst ist festzustellen, dass schon bei der Antragstellung über ein Fünftel (22 %) juristische Hilfe in Anspruch genommen haben.

In Abbildung 20 sind - absteigend nach Häufigkeit der Nennung sortiert - die Ablehnungsgründe der Krankenkassen aufgeführt. Fast jede zweite Person (47 %) gibt als Grund an, dass sie von der Krankenkasse als noch nicht austherapiert angesehen worden ist, also andere Behandlungsmöglichkeiten nicht erschöpfend genug besprochen worden sind. Jedem/r dritten Antragsteller*in (34 %) wird eine mangelhafte medizinische Begründung bescheinigt. Bei 29 % der Anträge werden nach Angaben der Patient*innen fehlende Studienbelege zur positiven Wirkung und bei 24 % eine nicht ausreichende Schwere der Erkrankung zur Begründung der Ablehnung herangezogen. Formale Gründe (8 %) und eine fehlende nachvollziehbare Arzteinschätzung (5 %) werden vergleichsweise selten angegeben. Rund ein Drittel der Befragten führt noch andere Ablehnungsgründe der Krankenkassen auf, am häufigsten sind darunter Leitlinien und Stellungnahmen von Verbänden, die eine Cannabisbehandlung für die Diagnosen ablehnen.

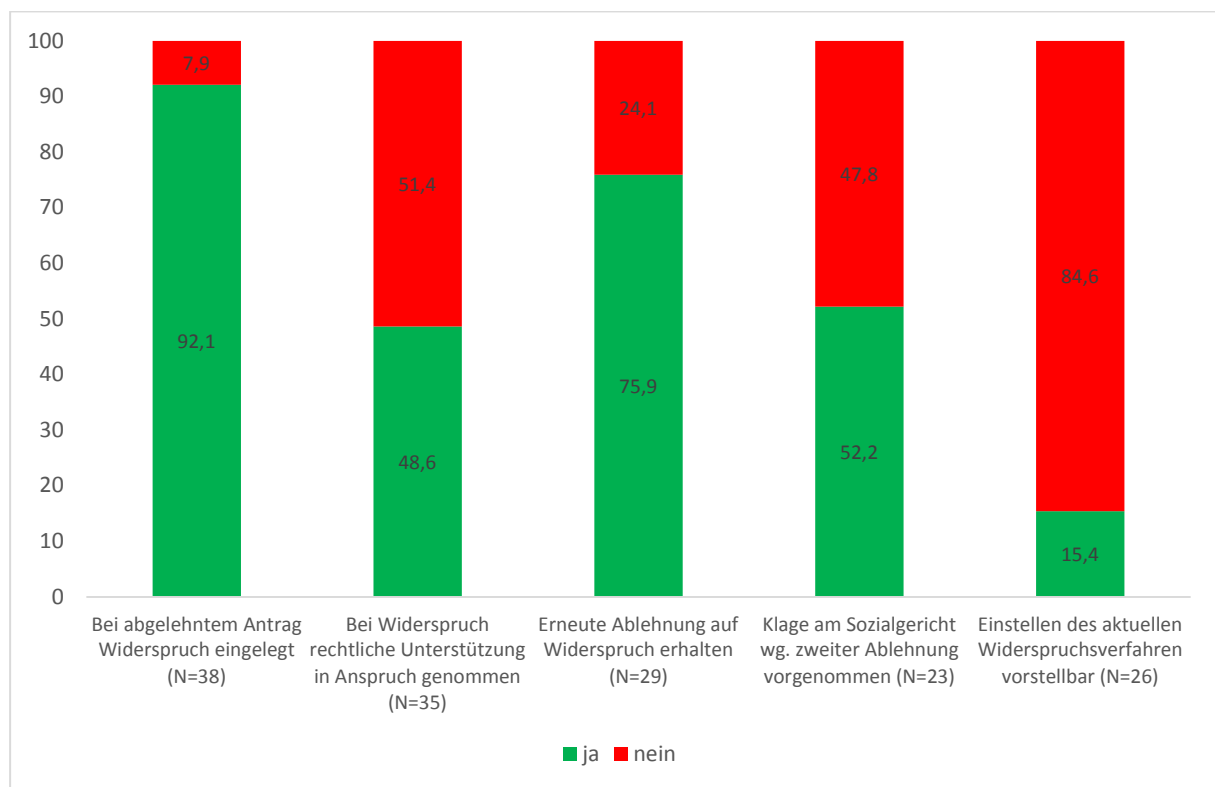
Abbildung 20: Ablehnungsgründe der Krankenkasse auf Kostenübernahme von Cannabis-Arzneimitteln (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=38)



Der Abbildung 21 ist die Reaktion der Patient*innen auf die (wiederholte) Ablehnung zu entnehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hier nur Patient*innen eingeschlossen sind, deren Anträge und ggf. Widersprüche zum Befragungszeitpunkt abgelehnt worden sind (Gruppe B). Personen, die zunächst keine Kostenzusage erhielten, aber aufgrund eines Widerspruchs mittlerweile Cannabis-Arzneimittel auf Kosten der Krankenkasse erhalten, befinden sich in der oben beschriebenen Gruppe A (siehe Kapitel 3.2).

Fast alle Patient*innen (92 %), die eine Ablehnung zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse erhalten haben, legten dagegen Widerspruch ein. Die Hälfte davon (49 %) nahm dabei rechtliche Hilfe in Anspruch. Drei Viertel haben auf diesen Widerspruch auch bereits eine zweite Ablehnung erhalten. Bei einem Viertel ist dieser Vorgang noch in Bearbeitung. Über die Hälfte (52 %) der hiervon Betroffenen haben wegen der zweiten Ablehnung Klage beim Sozialgericht eingereicht.

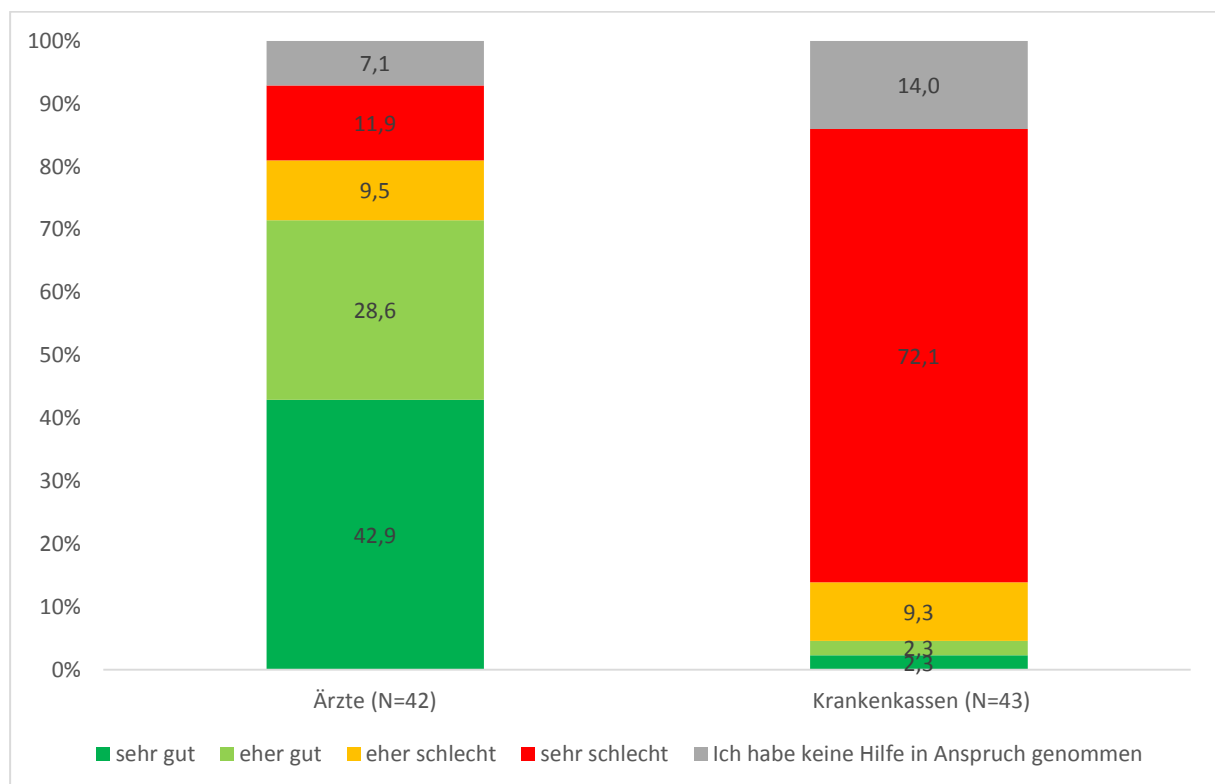
Abbildung 21: Verhalten und weiteres Geschehen bei abgelehnten Anträgen auf Kostenübernahme durch die Krankenkassen (Angaben in %)



Zum Abschluss dieses Unterkapitels soll noch ein Blick auf die Bewertung der Unterstützung bei der Antragstellung durch die Ärzteschaft und die Krankenkassen geworfen werden. In Abbildung 22 sind beide vergleichend dargestellt. Die Unterstützung durch Ärzt*innen wird von 43 % als sehr gut und von 29 % als eher gut bewertet. 10 % bewerten die Unterstützung von Seiten der Ärzt*innen als eher schlecht und 12 % als sehr schlecht. 7 % geben an keine Hilfe von Ärzt*innen in Anspruch genommen zu haben.

Diesem mehrheitlich positiven Eindruck steht die vollkommen anders gelagerte Einschätzung der Unterstützung durch die Krankenkassen entgegen, was innerhalb dieser Gruppe mit abgelehnten Anträgen auf Kostenübernahme nicht überraschen mag. Nur jeweils eine Person empfindet von der Krankenkasse sehr gut bzw. eher gut unterstützt worden zu sein. 9 % schätzen die Unterstützung durch die Krankenkassen als eher schlecht und fast drei Viertel (72 %) als sehr schlecht ein. 14 % geben an, von den Krankenkassen keinerlei Hilfe in Anspruch genommen zu haben.

Abbildung 22: Beurteilung der Unterstützung bei der Antragstellung auf Kostenübernahme durch Ärzte und Krankenkassen in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (N=42-43, Angaben in %)

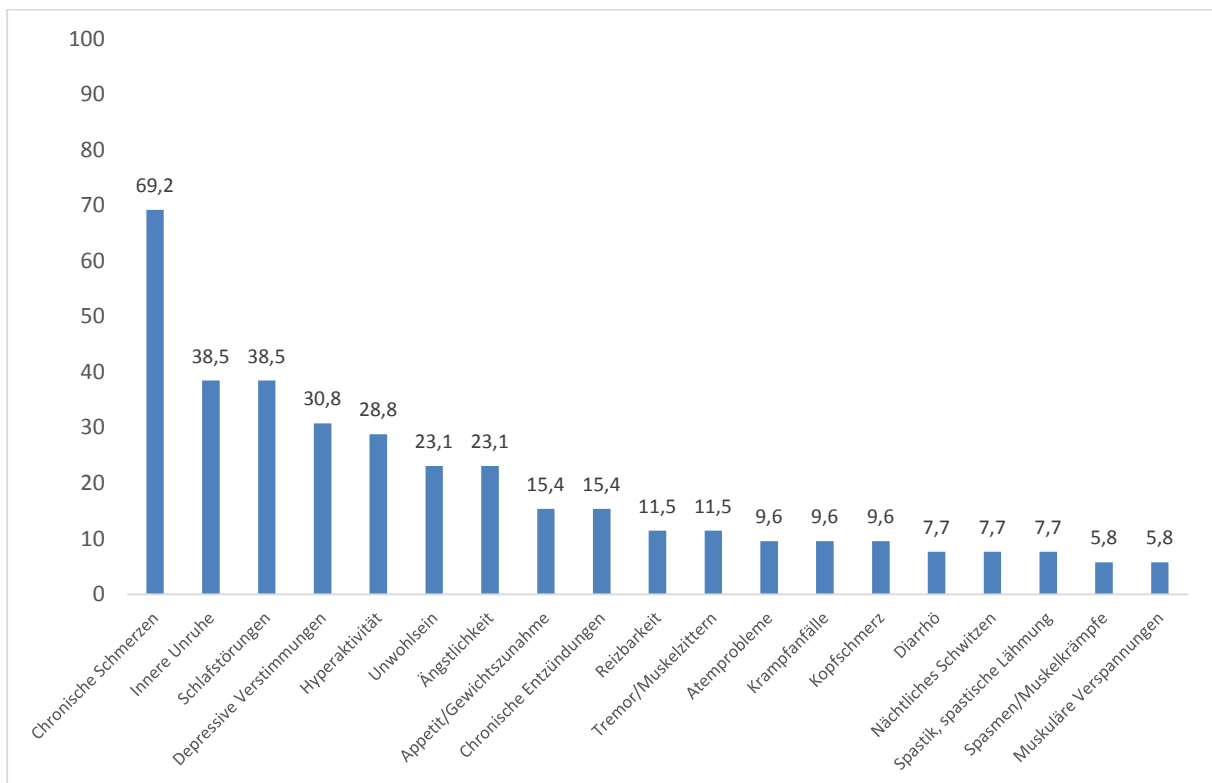


3.3.3 Beschwerden, Indikationen und Neben-/Wirkungen

In den folgenden Darstellungen sollen die Anwendungsgebiete für Cannabis-Arzneimittel bei der Gruppe von Patient*innen mit abgelehntem Antrag in den Blickpunkt genommen werden. In der Abbildung 23 sind die Beschwerden aufgeführt, für die die Patient*innen Cannabis-Arzneimittel einsetzen möchten bzw. aktuell über Privatrezepte auch bereits verschrieben bekommen. Im Durchschnitt gaben die Befragten 4,2 Beschwerden an. Bei der Darstellung in der Abbildung 23 sind nur die 19 Kategorien aufgeführt, die von mindestens 5 % benannt wurden. Weitere neun Beschwerden, die nur von einer oder zwei Personen angegeben worden sind, ebenso wie die 23 %, die weitere Beschwerden angeführt haben, sind hier nicht aufgeführt.

Mit deutlichem Abstand sind chronische Schmerzen die am häufigsten genannte Kategorie. Über zwei Drittel (69 %) benennen dieses Leiden als Grund für die Cannabis-Arzneimittel-Nutzung und Beantragung. Innere Unruhe und Schlafstörungen folgen mit jeweils 39 % auf dem zweiten Platz. Fast jede dritte Person (31 %) aus der Gruppe der Patient*innen mit abgelehntem Kostenübernahmeantrag gibt depressive Verstimmungen und fast genauso viele (29 %) Hyperaktivität als Leiden an. Unwohlsein und Ängstlichkeit werden von fast jedem vierten Befragten angeführt. Appetitsteigerung/Gewichtszunahme und chronische Entzündungen werden beide von etwas mehr als jeder siebten Person (15 %) benannt. Jeweils 10 % berichten von Atemproblemen, Krampfanfällen und Kopfschmerz. Die Beschwerden bestehen im Durchschnitt seit 17,7 Jahren, wobei die Spannweite von einem Jahr bis zu 45 Jahren reicht (Standardabweichung: 11,0).

Abbildung 23: Beschwerden gegen die Cannabis-Arzneimittel eingenommen werden (wollen) in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=52, Mehrfachnennung möglich, nur Beschwerden mit mindestens drei Nennungen dargestellt)

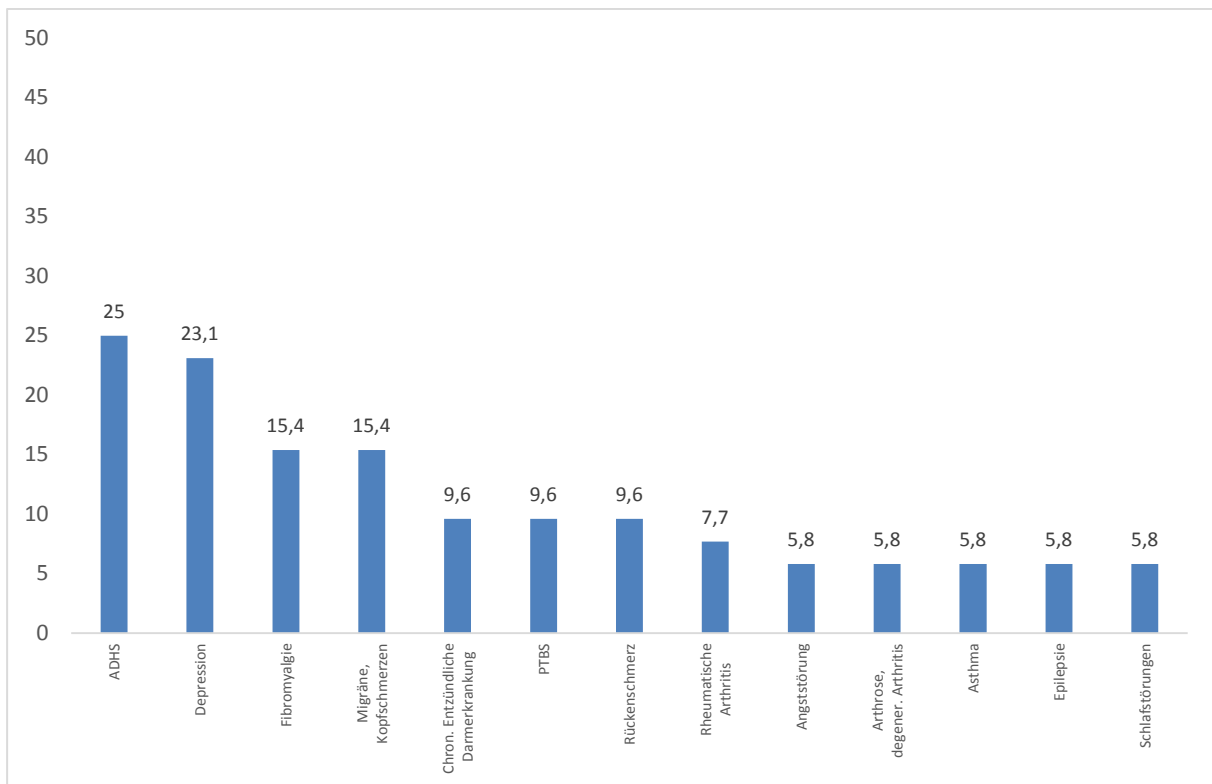


In der Abbildung 24 sind die Hauptdiagnosen dargestellt, die zur Begründung bei den Anträgen an die Krankenkassen zur Kostenübernahme von den Ärzt*innen nach Aussage der Patient*innen gestellt wurden. Durchschnittlich gaben die Befragten 2,1 Diagnosen an.

Am häufigsten, und zwar genau von jeder/m vierten Patient*in, wird eine ADHS-Diagnose angegeben. Mit 23 %, kaum seltener, werden Depressionen als Hauptdiagnose benannt. Mit jeweils 15 % landen Fibromyalgie und Migräne/Kopfschmerzen auf dem dritten Platz. Die Diagnosen einer chronischen entzündlichen Darmerkrankung, einer Posttraumatischen

Belastungsstörung (PTBS) und eines Rückenschmerzes werden gleich häufig und zwar bei 10 % der Befragten gestellt. Andere Diagnosen wie rheumatische Arthritis oder Angststörungen, kommen seltener vor. Nur bei ein oder zwei Personen vorhandene Hauptdiagnosen sind in der Abbildung 24 nicht abgebildet.

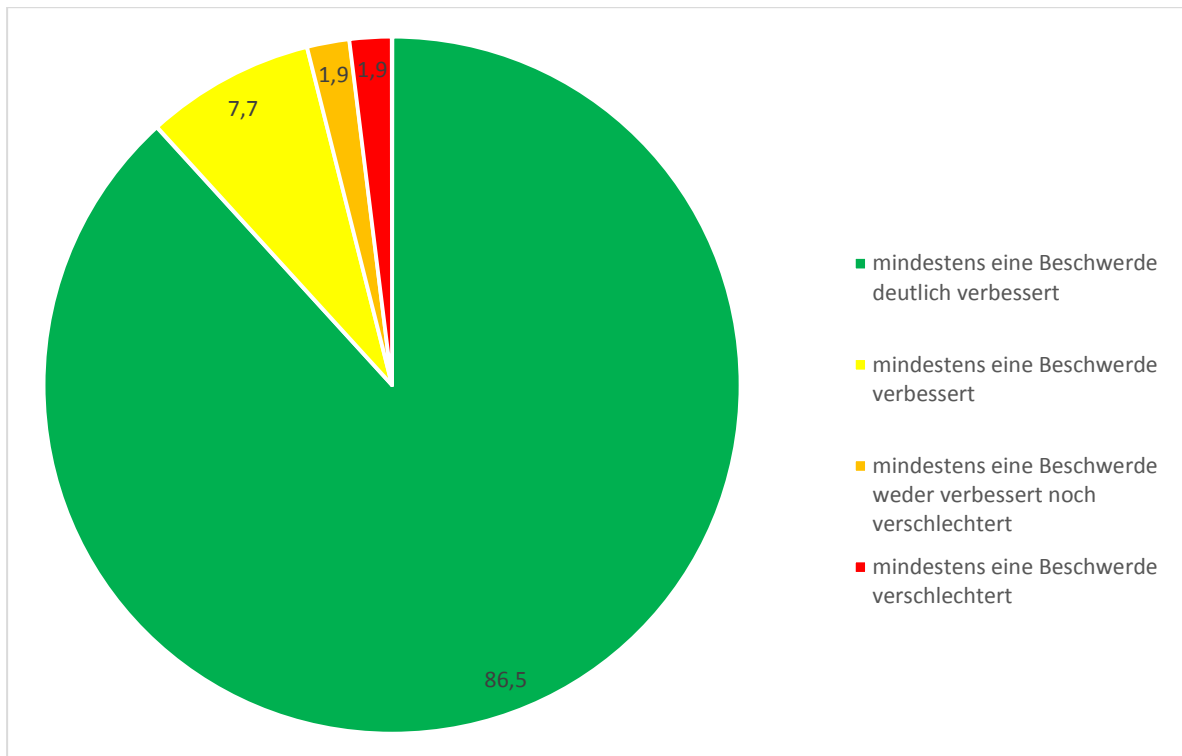
Abbildung 24: Hauptdiagnosen gegen die Cannabis-Arzneimittel eingenommen werden (wollen) in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=52, Mehrfachnennung möglich)



Auch wenn Selbsteinschätzungen zur Wirksamkeit mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten sind und keinesfalls klinische Studien ersetzen können, ist es interessant, wie die Patient*innen selbst die Veränderungen ihrer Beschwerden seit der Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln einschätzen (siehe Abbildung 25). Hierbei konnte für bis zu drei Beschwerden eine Veränderung angegeben werden. Die entsprechenden Antworten für alle Beschwerden aufzuführen, würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen. Es ist daher unabhängig von der Art der Beschwerden nur zusammenfassend ausgewertet worden, ob es zu Verbesserungen oder Verschlechterungen kam. Befragte bei denen es sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen gab, wurden hierbei konservativ betrachtet als Verschlechterung ausgewertet.

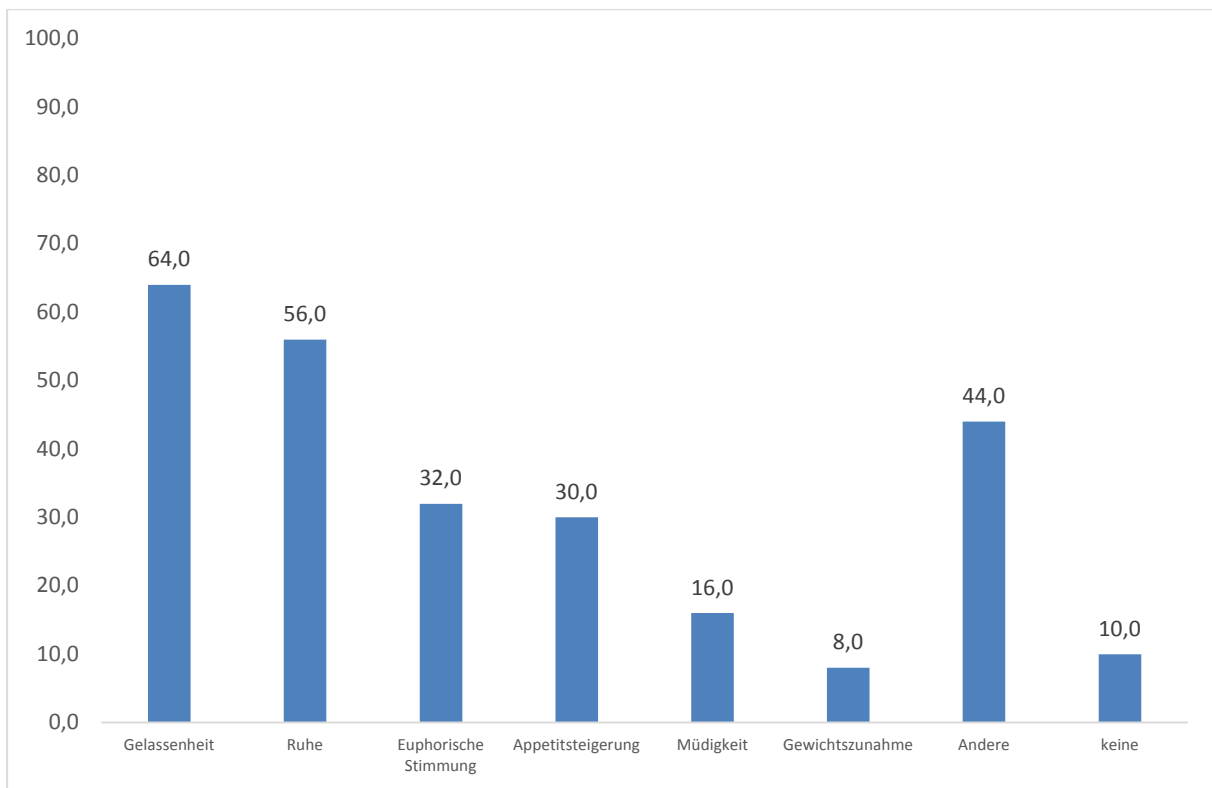
87 % berichten, dass sich mindestens eine Beschwerde deutlich verbessert hat. Weitere 8 % geben eine gewisse Verbesserung von mindestens einer Beschwerde an. Nur jeweils eine Person (2 %) gibt an, dass sich die Beschwerden nicht verändert haben bzw. sich mindestens eine Beschwerde verschlechtert hat.

Abbildung 25: Verbesserung und Verschlechterungen der Beschwerden durch die Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=49)



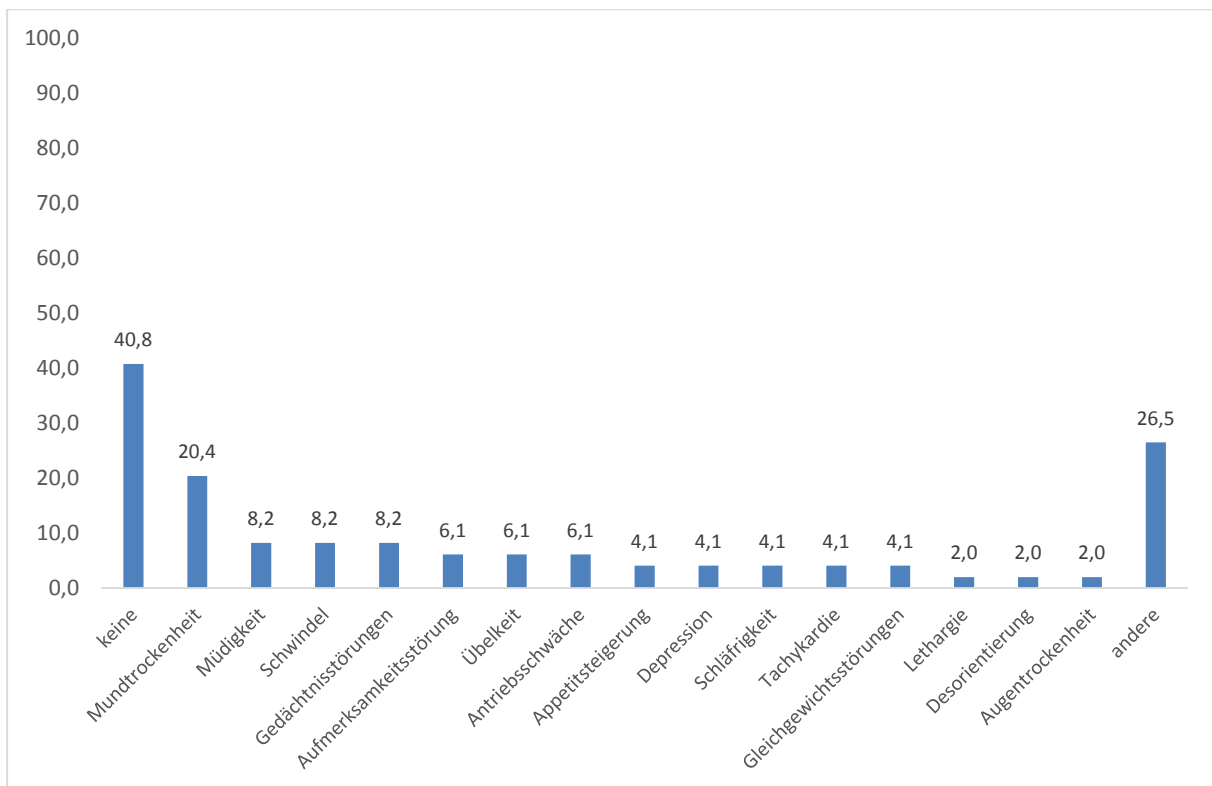
Es zeigt sich aber auch über die unmittelbare Symptomwirkung hinausgehenden Folgen der Cannabisbehandlung. Dabei sollen zunächst in der Abbildung 26 die angenehmen Nebenwirkungen betrachtet werden. Fast zwei Drittel (64 %) berichten von Gelassenheit und über die Hälfte von mehr Ruhe. Jeweils fast ein Drittel empfindet eine euphorische Stimmung (32 %) und Appetitsteigerung (30 %). Positiv empfundene Müdigkeit berichten 16 % und eine gewünschte Gewichtszunahme 8 % der Patient*innen. 44 % beschreiben noch weitere positive Nebenwirkungen, wie ruhigerer nächtlicher Schlaf, gesteigerte Konzentrationsfähigkeit, reduzierter Alkoholkonsum sowie ein verbesserter Allgemeinzustand. Nur 10 % geben an, keinerlei angenehme Nebenwirkungen empfunden zu haben.

Abbildung 26: Angenehme Nebenwirkungen durch die Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (N=50, Mehrfachnennung möglich)



Im Gegensatz zu den angenehmen Nebenwirkungen werden unerwünschte Nebenwirkungen deutlich seltener berichtet. Am häufigsten wird von einem Fünftel der Befragten Mundtrockenheit beklagt. Jeweils 8 % berichten von unerwünschter Müdigkeit, Schwindel und Gedächtnisstörungen. Unter Aufmerksamkeitsstörungen, Übelkeit und Antriebsschwäche leiden jeweils 6 %. Weitere acht Kategorien von Nebenwirkungen werden jeweils von ein bis zwei Patient*innen angegeben (siehe Abbildung 27). Ein Viertel der Befragten gibt noch andere Nebenwirkungen, wie Kopfschmerz, allgemeines Unwohlsein oder vermehrtes Schwitzen an.

Abbildung 27: Unerwünschte Nebenwirkungen durch die Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (N=49, Mehrfachnennung möglich)



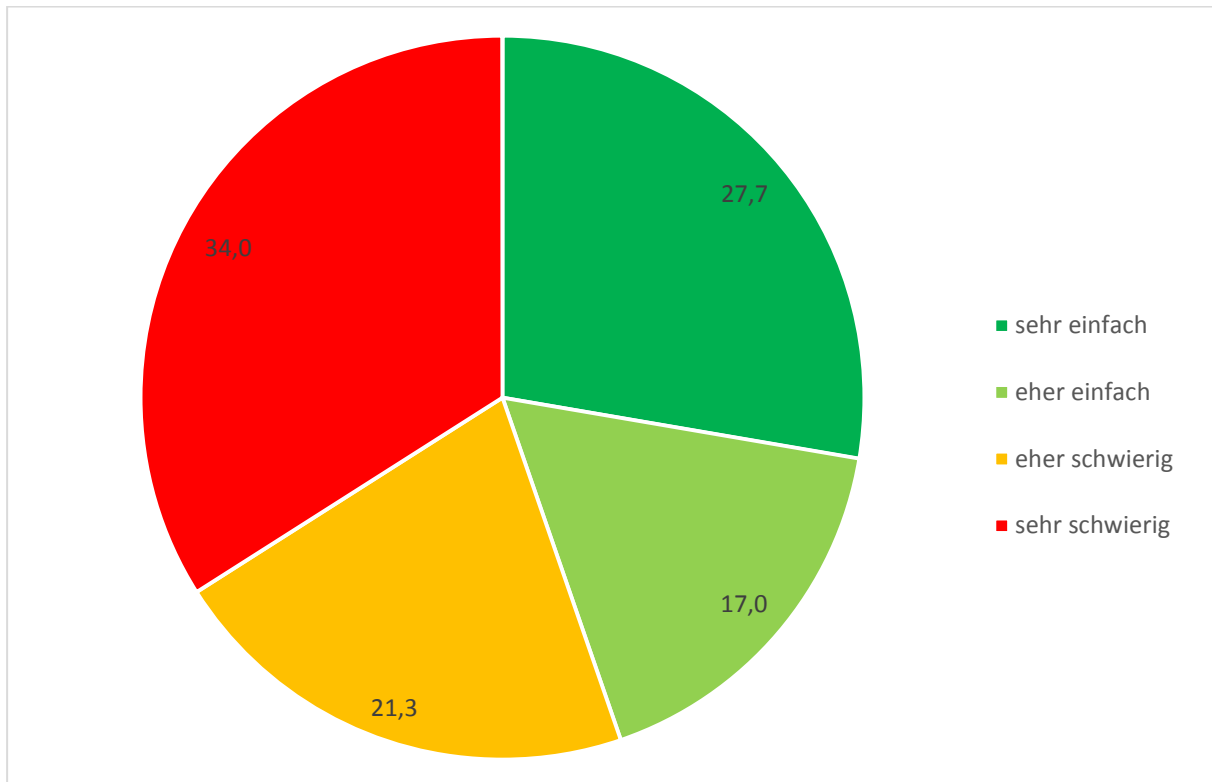
3.3.4 Die Versorgungssituation

Nach der Betrachtung der Ursachen für die Anwendung von Cannabis-Arzneimitteln soll im folgenden Kapitel ein Blick auf die Versorgungssituation geworfen werden. 71 % geben an, ihren Arzt bzw. ihre Ärztin für die Cannabisverschreibung gezielt ausgewählt zu haben. Entsprechend hoch ist demnach auch der Anteil an Patient*innen, die schätzen, dass ihre Ärzt*innen auf die Cannabisbehandlung spezialisiert sind (58 %). Bei fast einem Drittel (31 %) ist dies nicht der Fall und 11 % konnten dies nicht einschätzen.

Neben den Ärzt*innen spielen Apotheker*innen bei der Versorgung mit Cannabis-Arzneimitteln eine wichtige Rolle. Die Patient*innen wurden daher auch gefragt, wie schwierig es für Sie war bzw. ist, eine Apotheke zu finden, die ihr Cannabis-Arzneimittel grundsätzlich vorrätig hat. In Abbildung 28 zeigt sich bezüglich dieser Frage ein sehr geteiltes Bild: Für die Mehrheit gestaltet sich das Auffinden einer Apotheke als schwierig (insgesamt 55 %). Den übrigen Patient*innen fiel es leichter eine Apotheke zu finden; bei einem Viertel war dies sogar sehr einfach.

Mit dem Auffinden einer grundsätzlich Cannabis-Arzneimittel abgebenden Apotheke ist die Versorgungssituation aber noch nicht gesichert. Relevant ist auch die Frage, ob diese die jeweils verschriebenen Arzneimittel vorrätig haben. Die Hälfte gibt an (51 %), dass dies öfters nicht der Fall ist. Bei 13 % kommen Versorgungsschwierigkeiten manchmal und bei 9 % selten vor. Nur bei 28 % gibt es diesbezüglich keine Probleme.

Abbildung 28: Auffindbarkeit von Apotheken, die Cannabis-Arzneimittel grundsätzlich vorrätig haben in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %, N=47)



In der Abbildung 29 ist in vergleichender Weise dargestellt, wie die Aufklärung zum Thema Cannabis-Arzneimittel durch die Ärzt*innen und Apotheker*innen beurteilt wird. Jeweils fast die Hälfte der Patient*innen fühlt sich von beiden Professionen sehr gut informiert. Bei den Ärzt*innen wird die Qualität der Aufklärung von weiteren 28 % als eher gut eingeschätzt. Bei den Apotheker*innen beträgt der entsprechende Anteil 20 %. Die Kategorien ‚sehr gut‘ und ‚eher gut‘ zusammengenommen wird die Aufklärungsarbeit der Ärzt*innen also von fast drei Vierteln und bei den Apotheker*innen von fast zwei Dritteln bewertet (grüner Bereich). Die Zahlen im orangenen und roten Bereich zeigen aber auch, dass ein nicht zu vernachlässigender Anteil die Aufklärungsarbeit, der dafür auch zuständigen Berufsgruppen, eher oder sogar sehr schlecht einschätzt. Hierbei ist zu beachten, dass es sich um Ärzt*innen und Apotheker*innen handeln dürfte, die mit der Cannabisbehandlung in der Regel vertraut sind. Mit Sicht auf die gesamte Ärzte- und Apothekerschaft dürfte eine Bewertung von Aufklärung und Informationsvermittlung zu Medizinischem Cannabis vermutlich noch schlechter ausfallen. Auf die Schwierigkeiten, überhaupt Ärzt*innen zu finden, die sich mit der Cannabisbehandlung gut auskennen und bereit sind, Cannabis-Arzneimittel zu verschreiben, wird noch im Kapitel 3.4 ausführlicher eingegangen werden.

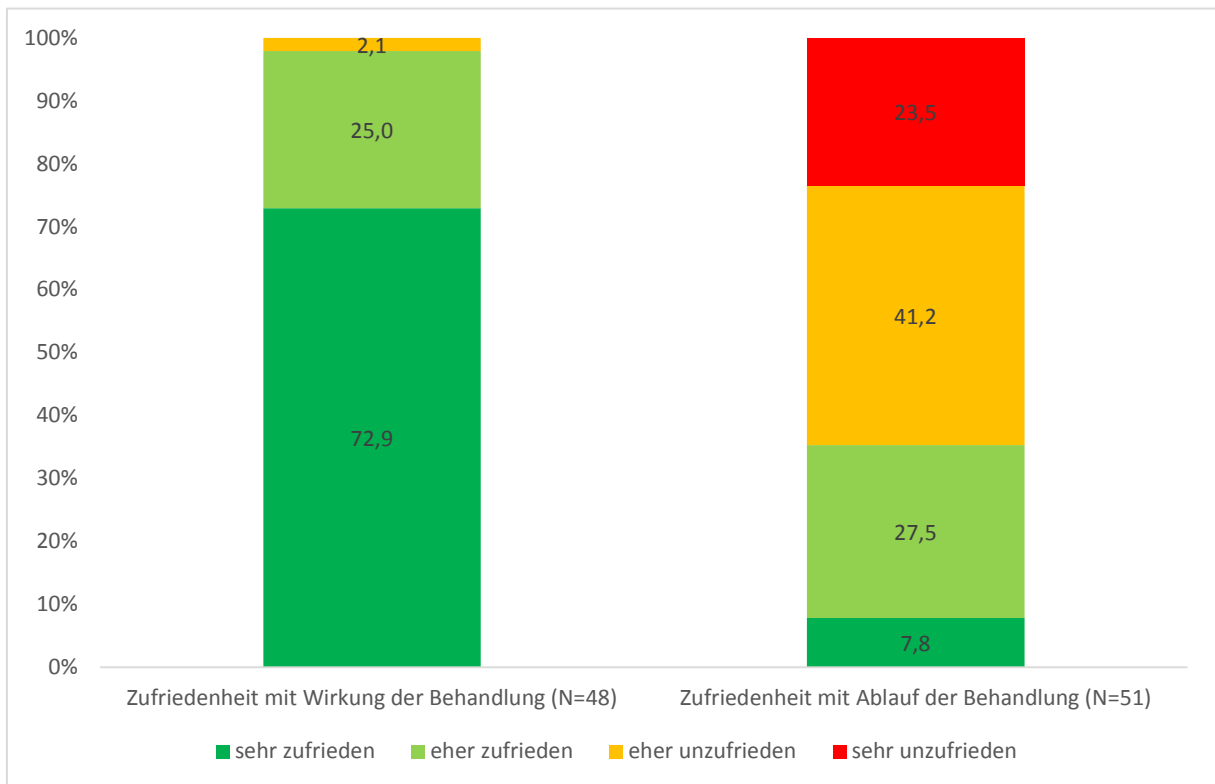
Abbildung 29: Beurteilung der Aufklärung durch Ärzt*innen und Apotheker*innen in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (Angaben in %)



3.3.5 Akzeptanz der Gesamtbehandlung

Bei den entsprechenden Fragestellungen ist zwischen der Zufriedenheit mit der Wirkung und dem Ablauf der Behandlung unterschieden worden. In der Abbildung 30 sind diese vergleichend dargestellt. Vor dem Hintergrund der wahrgenommenen Symptomverbesserungen (s. o.) überrascht es nicht, dass 98 % mit den Wirkungen sehr oder eher zufrieden sind. Nur eine Person (2 %) ist eher unzufrieden. Grundlegend anders sieht es bei der Zufriedenheit mit dem Procedere aus. Hier ist die Mehrheit der Befragten unzufrieden mit dem Ablauf der Behandlung. Nur gut ein Drittel ist zufrieden.

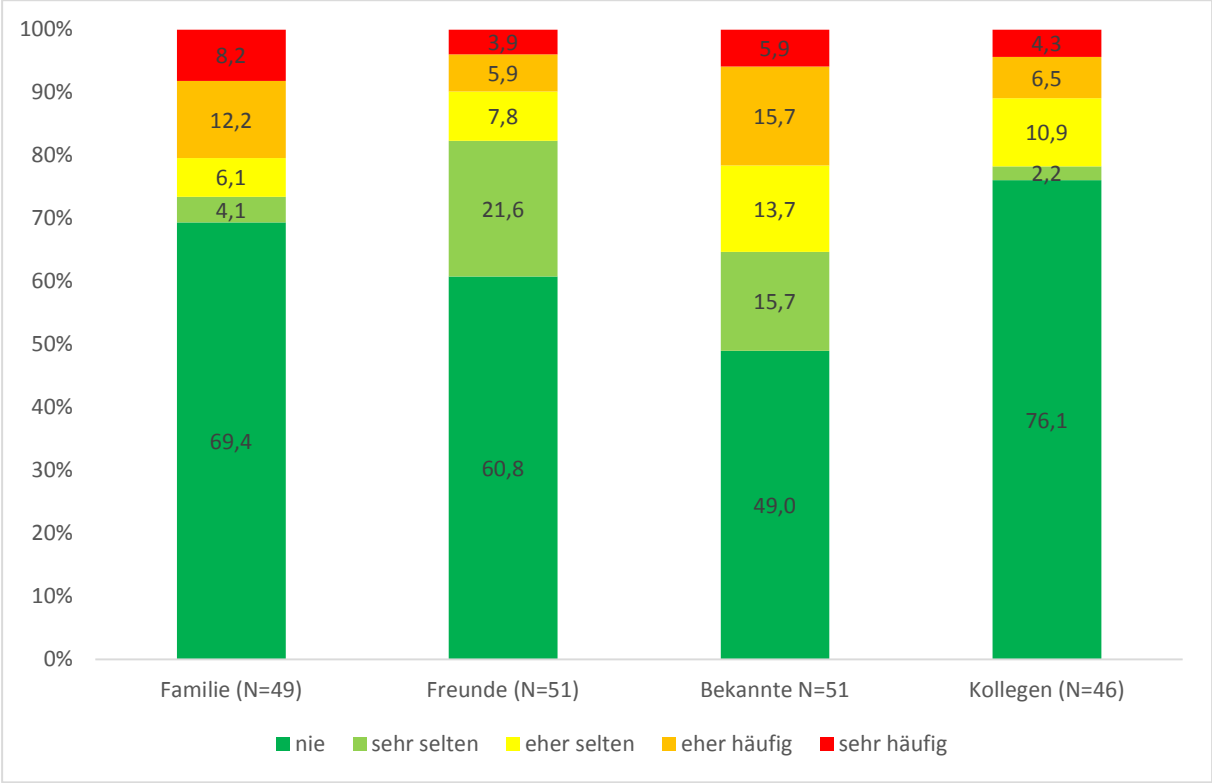
Abbildung 30: Zufriedenheit mit der Wirkung und dem Ablauf der Cannabisbehandlung in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (N=51, Angaben in %)



Auch nach Schaffung einer klaren Gesetzeslage, bestehen noch gewisse Vorbehalte in der Bevölkerung, was die Verwendung von Cannabisprodukten für medizinische Zwecke anbelangt. Inwieweit vor diesem Hintergrund die Patient*innen kritisch auf ihre (geplante) Cannabisbehandlung angesprochen werden, wurde für verschiedene Bezugsgruppen erfragt (siehe Abbildung 31).

Bezüglich der Familien wird von 69 % der Patient*innen von keinerlei kritischer Ansprache berichtet. Bei insgesamt einem Fünftel erfolgt diese durch die Familien aber eher (12 %) oder sogar sehr (8 %) häufig. Am seltensten sprechen mit jeweils etwa einem Zehntel der Freundeskreis oder die Kolleg*innen das Thema Cannabisbehandlung kritisch an. Am häufigsten geschieht dies von Bekantenseite.

Abbildung 31: Kritische Ansprache zur Cannabisbehandlung durch verschiedene Personengruppen in der Gruppe mit abgelehntem Antrag auf Kostenübernahme (N=46-52, Angaben in %)



3.4 Personen ohne Ärzt*innen für eine Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln (Gruppe C)

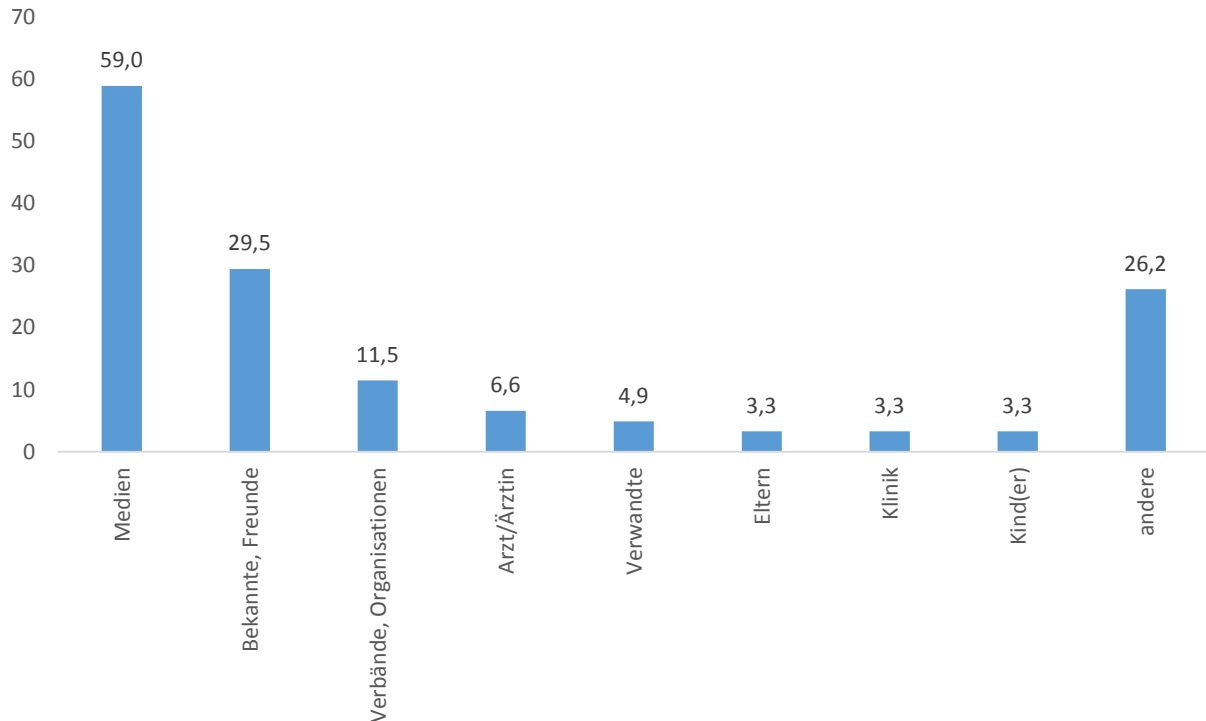
Die beiden vorangegangenen Unterkapitel dieses Ergebnisabschnitts beschäftigen sich mit den Subgruppenanalysen von Patient*innen, die sich überwiegend in Behandlung mit medizinischem Cannabis befinden; entweder auf Basis eines bewilligten Kostenübernahmeantrags oder auf Privatrezept. Im Folgenden werden die Ergebnisse der 61 Befragungsteilnehmer*innen vorgestellt, die bisher erfolglos auf der Suche nach einer Ärzt*in waren, die ihnen Cannabis-Arzneimittel verordnet. Etwas mehr als die Hälfte dieser Gruppe sind männlichen Geschlechts (57 %), zwei Fünftel sind weiblich (41,0 %) und eine Person divers (1,6 %). Das Durchschnittsalter beträgt 44,2 Jahre (Standardabweichung 13,8) mit einer Spannweite von 18 bis 84 Jahren. Weitere soziodemographische Merkmale dieser sowie der anderen beiden Gruppen sind dem Kapitel 3.1.1 zu entnehmen.

3.4.1 Vorerfahrungen

Zu Beginn der Analyse soll ein Blick darauf geworfen werden, über welchen Weg die befragten Personen das erste Mal auf den Einsatz von Cannabis in der Medizin aufmerksam wurden. Anschließend wird dargestellt, wie intensiv dieser Personenkreis bereits auf der Suche nach einer Ärzt*in war und welche Ablehnungsgründe gegen eine Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln von den konsultierten Ärzt*innen angeführt wurden.

Nahezu drei von fünf Personen ohne verschreibende Ärzt*in (59 %), berichten, dass sie über Medien das erste Mal von einer medizinischen Behandlungsmöglichkeit mit Cannabis-Arzneimitteln erfahren haben (siehe Abbildung 32). Am zweithäufigsten (30 %) werden hier Freund*innen und/oder Bekannte genannt. Verbände oder Organisationen, die sich mit dem Einsatz von Cannabis in der Medizin befassen, geben 12 % als erste Informationsquelle an. Von einer Ärzt*in wurden lediglich vier Personen auf eine Behandlungsalternative mit Cannabis-Arzneimitteln hingewiesen, obgleich sie von dieser Ärzt*in, keine Verschreibung dieser Medikamente erhielten (7 %). Über ein Viertel (26 %) nannten darüber hinaus noch weitere Wege, auf eine Medikation mit Cannabis-Arzneimitteln aufmerksam geworden zu sein. Dazu zählen beispielsweise das Lesen von Fachliteratur, ein Gespräch mit einem Heilpraktiker oder die zufällige Entdeckung der Beschwerdelinderung durch illegalen Cannabiskonsum.

Abbildung 32: Aufmerksamkeitsquelle für eine medizinische Behandlungsmöglichkeit mit Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61)



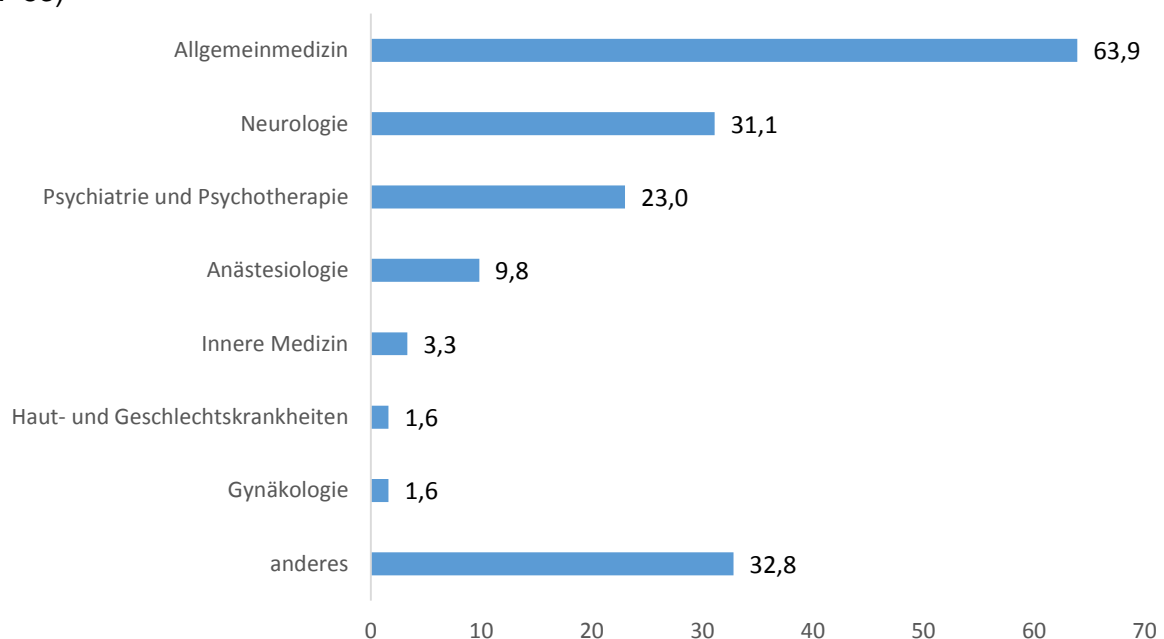
Bei der Gruppe der Personen, die bisher keine Cannabis-Arzneimittel verschrieben bekommen haben, ist es von Interesse zu erfahren, wie intensiv die Arztsuche bisher verlief. Insgesamt suchten 45 % der Befragten drei oder mehr (zwei Personen sogar bis zu 15) Ärzt*innen mit dem Anliegen auf, gegen ihre gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen Cannabis-Arzneimittel zu erhalten (Tabelle 3). Gut zwei Fünftel dieser Befragungsgruppe (43 %) konsultierte bisher eine/n oder zwei verschiedene Mediziner*innen. Sieben Personen (12 %) geben dagegen an, mit dem Ziel einer Cannabismedikation bislang noch keine Ärzt*innen besucht zu haben. Durchschnittlich konsultierten die 60 Teilnehmer*innen drei verschiedene Ärzt*innen.

Tabelle 3: Verteilung der von Patient*innen konsultierten Ärzt*innen mit dem Anliegen zur Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (N=60)

Anzahl konsultierter Ärzt*innen	N	%
0	7	11,7
1	14	23,3
2	12	20,0
3	7	11,7
4	5	8,3
5	6	10,0
6	1	1,7
7	2	3,3
10	3	5,0
14	1	1,7
15	2	3,3

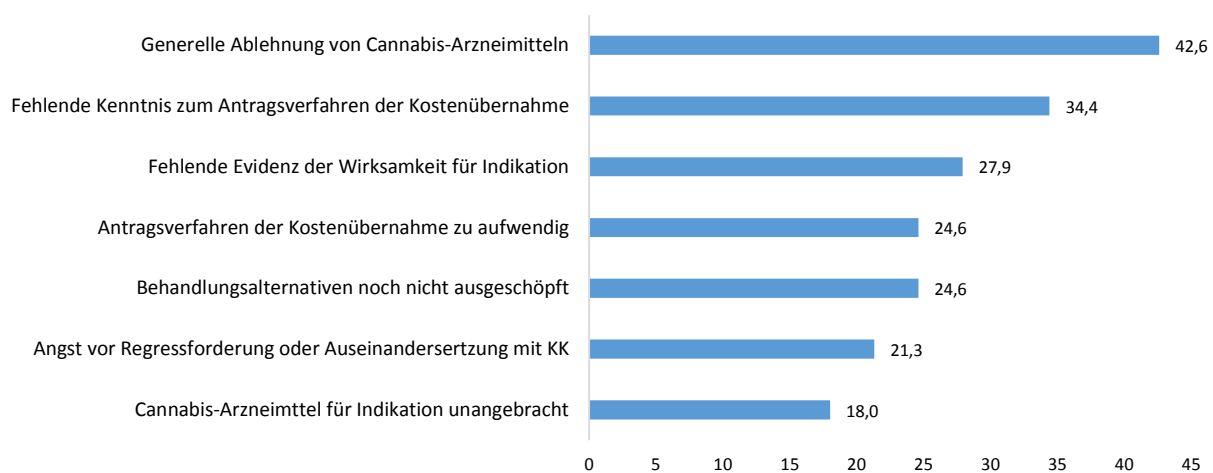
Am häufigsten wurden Ärzt*innen aus dem Fachbereich der Allgemeinmedizin (64 %) aufgesucht (siehe Abbildung 33). Nahezu ein Drittel (31 %) konsultierte eine Neurolog*in und fast ein Viertel (23 %) eine Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapie. Sechs Personen (10 %) ersuchten um eine Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln bei einer Anästhesiolog*in. In Einzelfällen wurden eine Praxis für Innere Medizin (3 %), Haut- und Geschlechtskrankheiten (2 %) sowie Gynäkologie (2 %) aufgesucht.

Abbildung 33: Konsultierte fachärztliche Bereiche in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=53)



Um näheren Einblick in die Versorgungssituation der Personen ohne eine ärztliche Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln zu erhalten, wurden die Betroffenen nach den genannten Beweggründen der konsultierten Ärzt*innen, die Medikamente nicht verschreiben zu wollen, befragt. Ein erheblicher Teil der Ärzt*innen lehnt eine medizinische Cannabisbehandlung generell ab (43 %), gefolgt von gut einem Drittel (35 %), das fehlende Kenntnisse zum Verfahren des Kostenübernahmeantrags durch die Krankenkassen beklagt (siehe Abbildung 34). Eine nicht vorhandene wissenschaftliche Evidenz, dass Cannabis-Arzneimittel bei der entsprechenden Erkrankung wirksam sind (28 %), ein zu aufwendiges Antragsverfahren des Kostenübernahmeprozedere (25 %) sowie die Ansicht, dass andere Behandlungsmöglichkeiten bei entsprechenden Symptomen oder Beschwerden noch nicht ausgeschöpft wurden (25 %), spielten bei etwa einem Viertel der Mediziner*innen eine Rolle. Ferner bestehen bei gut einem Fünftel der Ärzt*innen (21 %) Ängste vor Auseinandersetzungen mit Krankenkassen oder einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und folgenden Arzneimittelregressen. Dass eine Therapie mit Cannabis-Arzneimitteln bei den jeweiligen Symptomen oder Beschwerden der Patient*innen ausdrücklich nicht indiziert ist, hielten nach Ansicht der Befragten, 18 % der Ärzt*innen davon ab, ihnen ein Rezept auszustellen.

Abbildung 34: Ärztliche Ablehnungsgründe zur Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln in der Gruppe ohne eine verschreibende Ärzt*in (Patient*innenaussagen, Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61)



Ein Fünftel (20 %) der Befragungsgruppe nahm bezüglich der geplanten Cannabisbehandlung Kontakt zu ihrer Krankenkasse auf und/oder bat dort diesbezüglich um Hilfe und Unterstützung.

3.4.2 Nutzung von Cannabis-Arzneimitteln

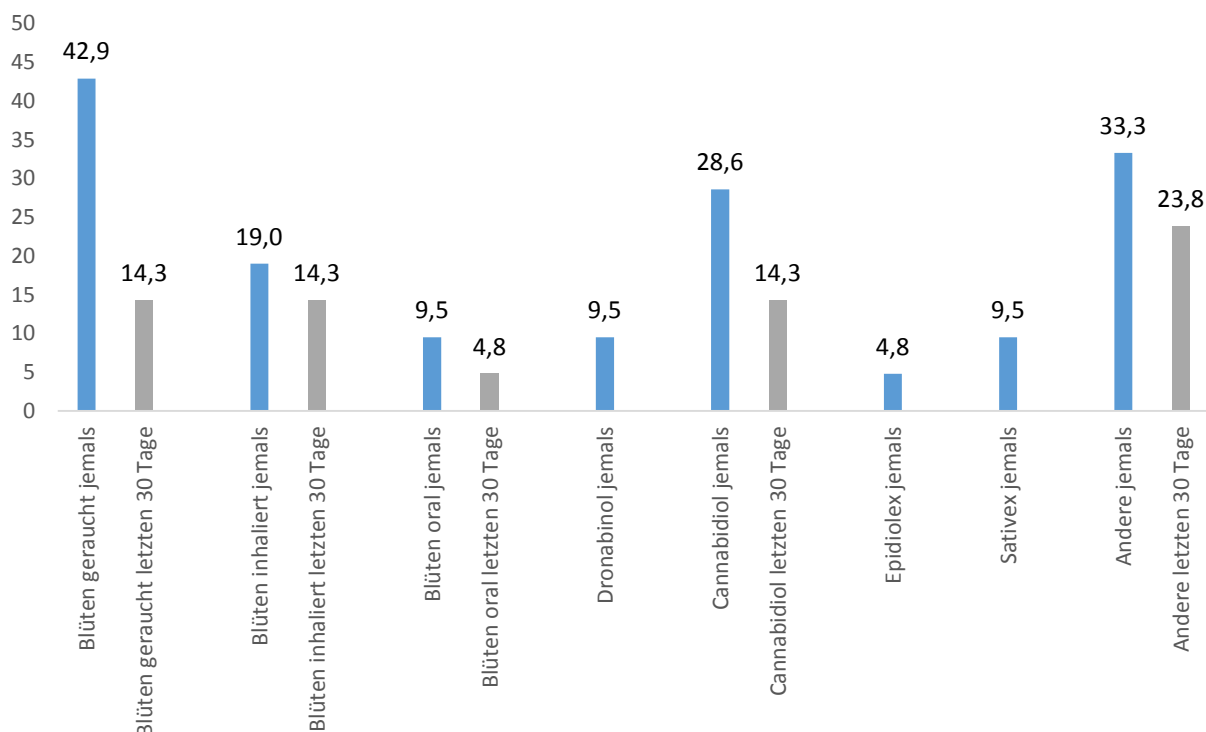
Von den 61 Personen, die zum Zeitpunkt des Interviews keine Ärzt*in für eine Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln ausfindig machen konnten, haben 21 Personen (34 %) jedoch auch ohne eine entsprechende aktuelle Rezeptierung schon einmal Cannabis-Arzneimittel genutzt. Eine von ihnen wurde vor der Gesetzesänderung (März 2017) nach § 3 (2) BtMG mit Cannabis-Arzneimitteln behandelt, kann derzeit die zuvor genutzten Medikamente

aufgrund einer fehlenden Verschreibung jedoch nicht einnehmen. Am häufigsten nennen die Personen, die jemals in ihrem Leben Cannabis-Arzneimittel gebrauchten (N=21), das Rauchen von medizinischen Cannabisblüten (43 %) sowie die Nutzung von Cannabidiol (29 %) (siehe Abbildung 35). 19 % inhalierten medizinische Cannabisblüten, während die orale Einnahme von Blüten von 10 % der Befragten erfolgte. Dronabinol wurde ebenso jemals von 10 % genutzt, genau wie das Fertigarzneimittel Sativex®. Epidiolex®, welches auch ein Fertigarzneimittel ist, wurde jemals im Leben nur von einer Person (5 %) eingenommen.

Aktuell, also in den vergangenen 30 Tagen, nutzten mit 29 % hingegen deutlich weniger Cannabis-Arzneimittel. Sowohl das Rauchen medizinischer Cannabisblüten, das Inhalieren dieser als auch die Verwendung von Cannabidiol geben 14 % an. Eine Person (5 %) nahm Blüten oral ein. Sativex® oder Epidiolex® verwendete in den letzten 30 Tagen keine/r der Befragten.

Sowohl bezogen auf die Lebenszeit als auch auf die letzten 30 Tage, gibt es von einem Drittel bzw. einem Viertel die Angabe ‚andere‘. Hierunter befinden sich überwiegend Nennungen zu konkreten Blütensorten ohne Informationen zur Applikationsform.

Abbildung 35: Anteil jemals und aktuell (in den letzten 30 Tagen) verwendeter Cannabis-Arzneimittel in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=21)



3.4.3 Selbstständige Antragstellung auf Kostenübernahme von Cannabis-Arzneimitteln ohne ärztliche Unterstützung

Innerhalb der Gruppe der Personen ohne verschreibende Ärzt*in berichten vier Personen (7 %), eigenständig ohne ärztliche Unterstützung einen Antrag auf Kostenübernahme von Cannabis-Arzneimitteln bei ihrer Krankenkasse eingereicht zu haben.

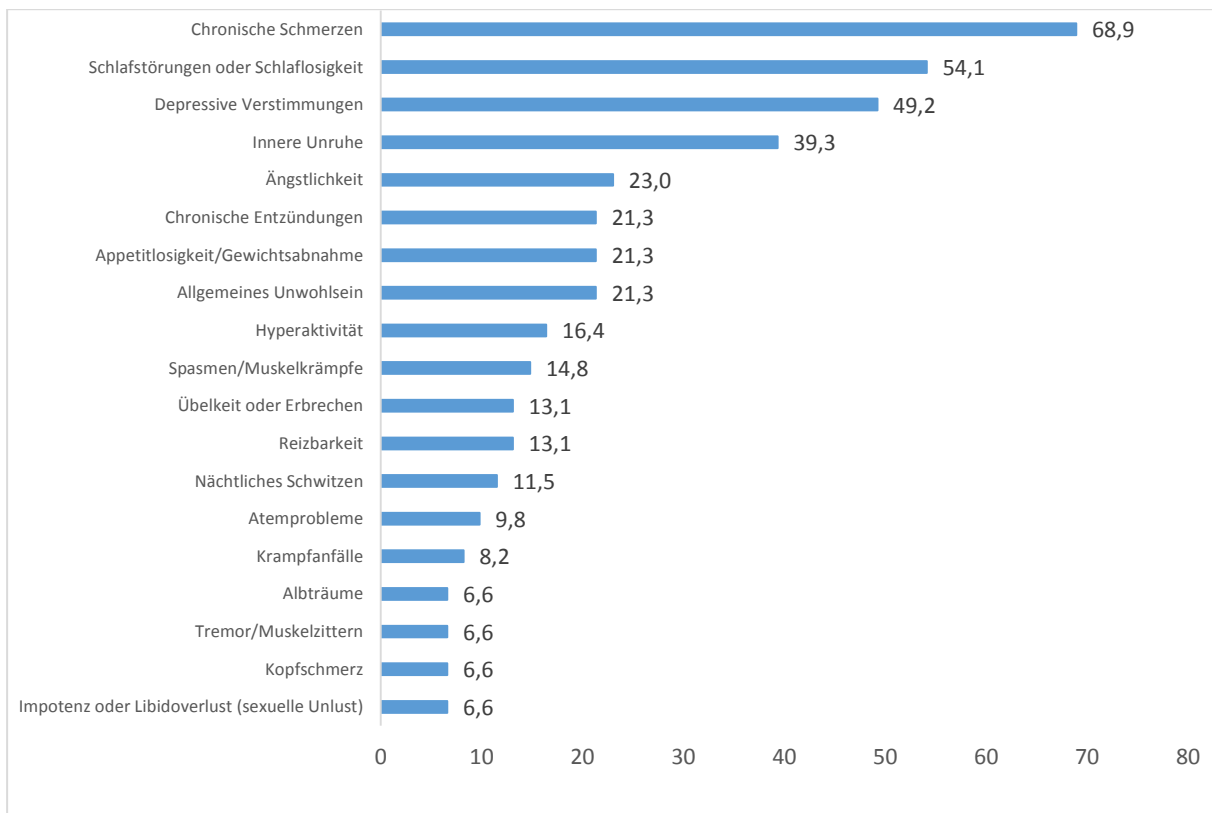
Keine dieser Personen hat bei der Antragstellung juristische Hilfe von einer Rechtsanwält*in oder einer Rechtsberatung in Anspruch genommen. Der persönliche Aufwand des Kostenübernahmeverfahrens wird von drei Personen als sehr hoch und von einer Person als sehr niedrig beurteilt. Die eine Person, die vor dem Inkrafttreten des neuen Cannabisgesetzes nach der Ausnahmeerlaubnis (§ 3 (2) BtMG) behandelt wurde, berichtet, dass das Verfahren komplizierter geworden sei. Hilfe und Unterstützung bei der Antragstellung ersuchten zwei der vier Personen bei ihrer Krankenkasse. In beiden Fällen wurde diese als sehr schlecht empfunden.

Zwei Personen erhielten von ihrer Krankenkasse eine Ablehnung ihres eingereichten Kostenübernahmeantrags, gegen die sie wiederum Widerspruch einlegten, wozu sich eine Person rechtliche Unterstützung zurate zog. Bei den beiden anderen Personen stand die Entscheidung zum Erhebungszeitpunkt noch aus.

3.4.4 Beschwerden und Indikationen

Die gesundheitlichen Probleme, gegen die die befragten Personen den Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln als sinnvoll erachten, beziehen sich insbesondere auf psychische Beeinträchtigungen und Schmerzen. Am häufigsten genannte gesundheitliche Beschwerden und Symptome sind chronische Schmerzen (69 %), Schlafstörungen oder Schlaflosigkeit (54 %), depressive Verstimmungen (49 %) sowie innere Unruhe (39 %) (siehe Abbildung 36). Jeweils über ein Fünftel leidet unter Ängstlichkeit (23 %), chronischen Entzündungen (21 %), Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme (21 %) sowie allgemeinem Unwohlsein (21 %). Jede sechste Person (16 %) berichtet von Hyperaktivität, 15 % von Spasmen/Muskelkrämpfen und jeweils 13 % von Übelkeit/Erbrechen und Reizbarkeit. Bei Beschwerden, die von weniger als 5 % (3 Personen) genannt werden sowie anderen Beschwerden, wurde wiederum zugunsten der Übersichtlichkeit auf eine Darstellung in der Abbildung 36 verzichtet. Durchschnittlich geben die Befragten dieser Gruppe pro Person 4,5 gesundheitliche Beschwerden oder Symptome an, bei denen sie sich durch eine Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln Linderung erhoffen.

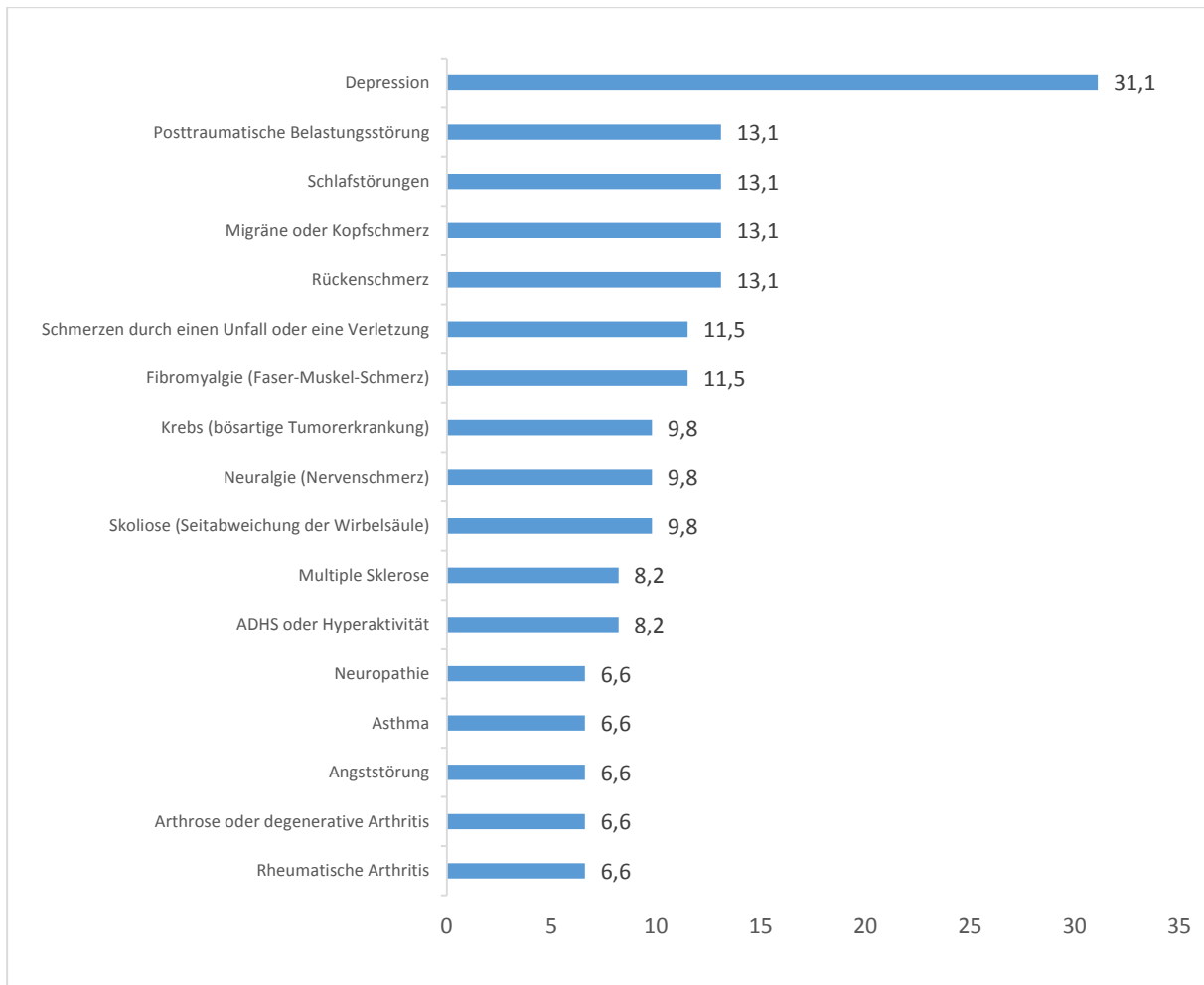
Abbildung 36: Beschwerden gegen die eine Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln gewünscht wird (in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung, Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61)



Auch hinsichtlich der ärztlich bescheinigten Erkrankungen der befragten Personen, werden vielfach psychische Störungen aufgeführt (siehe Abbildung 37), bei denen es sich insbesondere um Depressionen (31 %), PTBS (13 %) sowie Schlafstörungen (13 %) handelt. Weiterhin spielen, analog zu den oben genannten Beschwerden, Schmerzerkrankungen eine wesentliche Rolle. Von jeweils einem Achtel werden Migräne- oder Kopfschmerz (13 %), Rückenschmerz (13 %), Schmerzen durch einen Unfall oder eine Verletzung (12 %) sowie Fibromyalgie (Faser-Muskel-Schmerz) (12 %) genannt. Im Durchschnitt werden von den Teilnehmer*innen 2,7 ärztlich attestierte Diagnosen pro Person angeführt.

In einer (anderen) medikamentösen Behandlung gegen die genannten Beschwerden und Symptome befinden sich zwei Drittel (N=41, 67 %). Knapp drei von fünf Personen (58 %) berichten, dass sie durch einen illegalen Konsum von Cannabis und/oder die Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln (Kapitel 3.4.2) die Dosis dieser offiziell verschriebenen Medikamente verringern oder diese sogar gänzlich absetzen konnten.

Abbildung 37: Hauptdiagnosen gegen die eine Einnahme von Cannabis-Arzneimitteln gewünscht wurde (in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung, Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61)

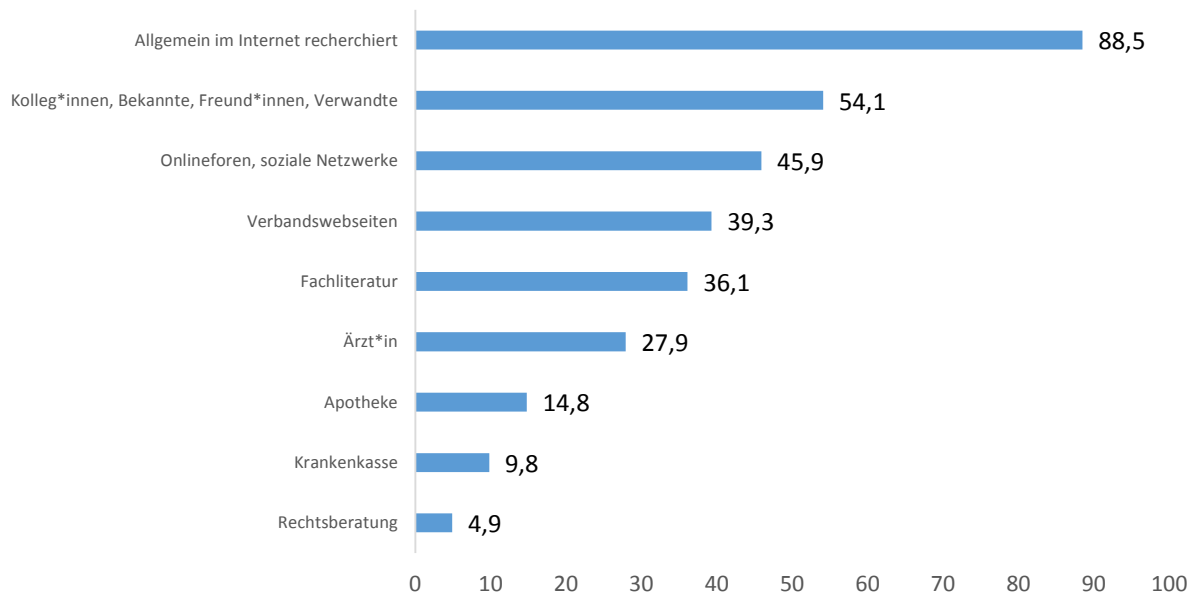


3.4.5 Informationsverhalten, Aktivitäten in Interessensverbänden und Akzeptanz der (gewünschten) Cannabisbehandlung

Bei der Frage nach einem für die Teilnehmer*innen subjektiv eingeschätzten ausreichenden Informationsstand zum Einsatz von Cannabis in der Medizin, zeigen die Ergebnisse ein recht ausgeglichenes Bild: Knapp die Hälfte (46 %) der Befragten fühlt sich hinsichtlich des Umgangs mit Cannabis-Arzneimitteln genügend informiert und aufgeklärt, während 54 % Informationsbedarf äußern. Am häufigsten informiert sich die Befragungsgruppe über den Einsatz sowie die Wirkungsweisen von Cannabis-Arzneimitteln im Internet, mittels allgemeiner Internetrecherchen (89 %), in Onlineforen und/oder sozialen Netzwerken (46 %) sowie auf Verbandswebseiten (39 %) (siehe Abbildung 38). Knapp über die Hälfte (54 %) hat schon einmal Kontakt zu Personen aus dem persönlichen Umfeld wie Kolleg*innen, Bekannten, Freund*innen und Verwandten aufgenommen, um sich über medizinische Behandlungsmöglichkeiten mit Cannabis zu erkundigen. Ärzt*innen werden mit 28 % etwas seltener als genutzte Informationsquellen angegeben. Durchschnittlich nennt jede Person 3,5

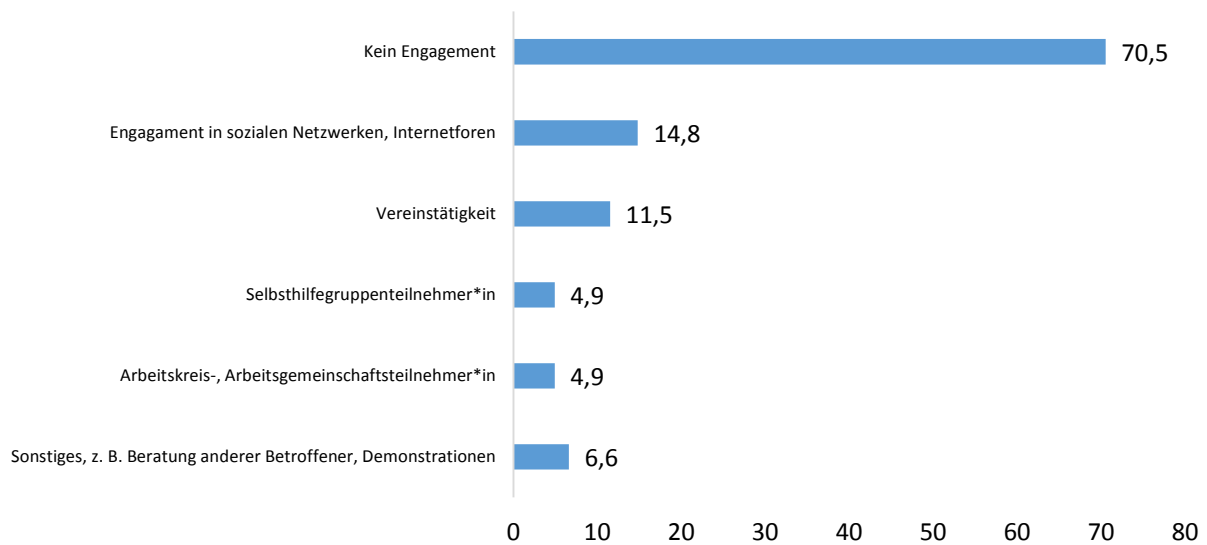
Informationsquellen für die Informierung über die Anwendungsmöglichkeiten von Cannabis-Arzneimitteln.

Abbildung 38: Genutzte Informationsquellen zum Thema Cannabis-Arzneimittel in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61)



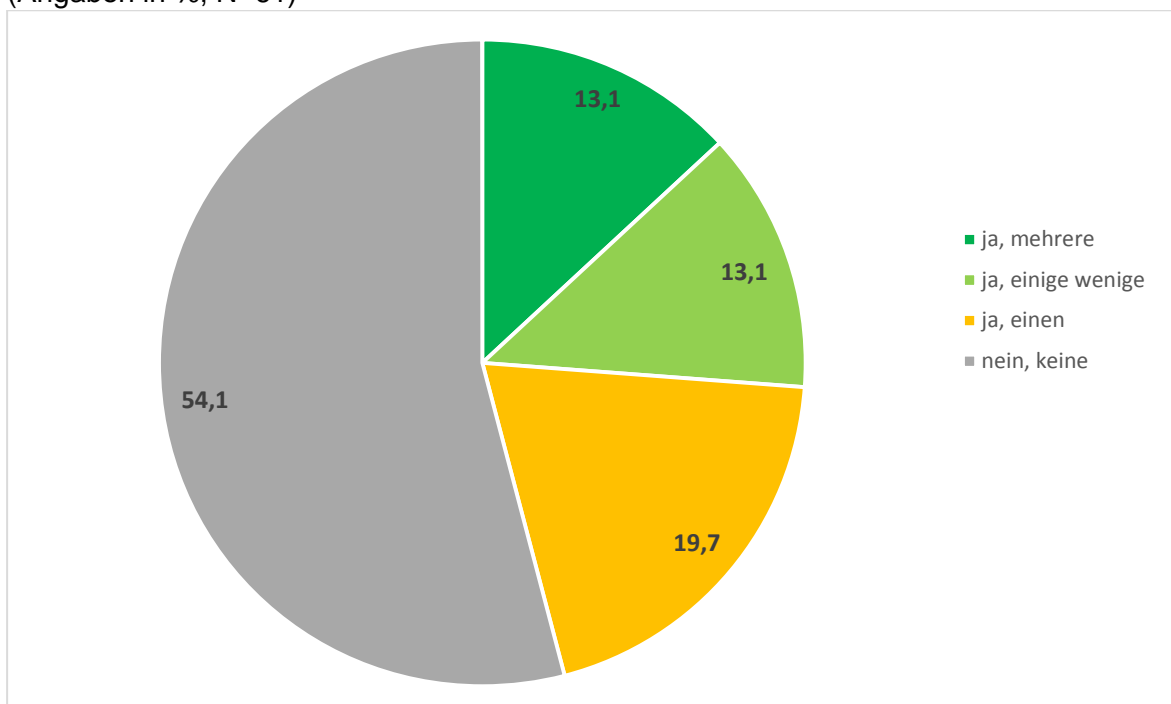
Nahezu jede dritte Person (30 %) engagiert sich in irgendeiner Form zum Einsatz von Cannabis in der Medizin: 15 % sind in sozialen Netzwerken oder Internetforen aktiv (siehe Abbildung 39), 12 % üben eine Vereinstätigkeit aus, jeweils 3 Befragte sind Teilnehmer*in einer Selbsthilfegruppe zu Cannabis in der Medizin und/oder Teilnehmer*in eines Arbeitskreises oder einer Arbeitsgemeinschaft. Der Großteil (71 %) geht jedoch keiner diesbezüglichen Aktivität nach.

Abbildung 39: Engagement zum Einsatz von Cannabis in der Medizin in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln (Angaben in %, Mehrfachnennung möglich, N=61)



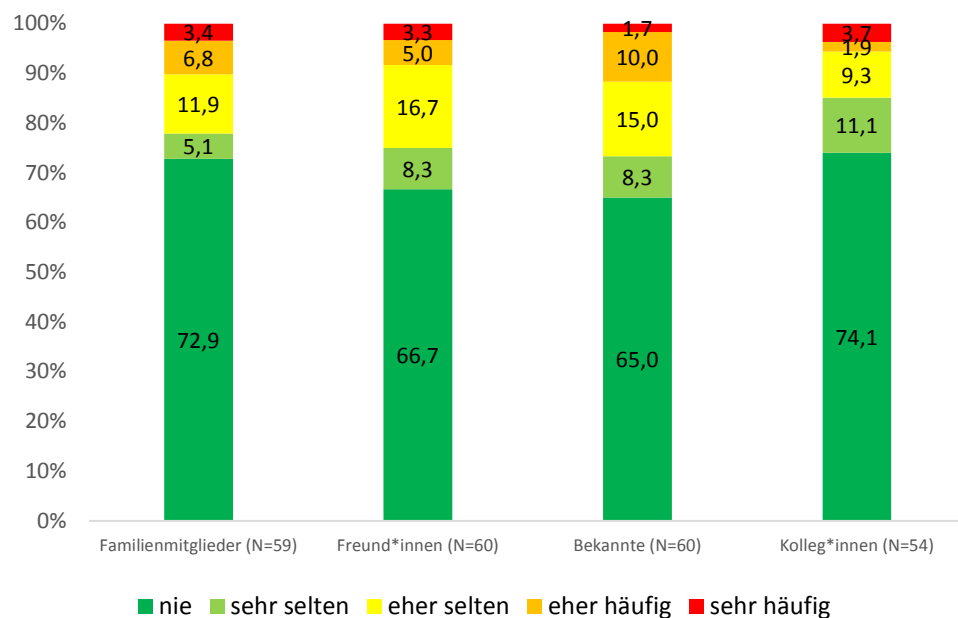
Ein Fünftel (19 %) der Befragten, die keine Ärzt*in findet, die ihnen Cannabis zu medizinischen Zwecken verordnet, gibt an, eine Person im Bekanntenkreis zu haben, die mit Cannabis-Arzneimitteln behandelt wird bzw. wurde, bei 26 % sind dies sogar mehrere Personen (siehe Abbildung 40). Der Großteil (54 %) gibt an, keine Bekannten, Freund*innen oder Verwandten zu haben, die zum Zeitpunkt des Interviews Cannabis-Arzneimittel verwendeten.

Abbildung 40: Vorhandensein von Bekannten, Freund*innen oder Verwandten, die mit Cannabis-Arzneimitteln behandelt werden in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (Angaben in %, N=61)



Hinsichtlich etwaiger Vorbehalte von verschiedenen Bezugsgruppen zu einer Verwendung von Cannabisprodukten kann berichtet werden, dass die Befragten durch den Großteil ihrer Kolleg*innen (74 %) Familienmitglieder (73 %), Freund*innen (67 %) und Bekannten (65 %) keine kritische Ansprache zu ihrer geplanten Cannabisbehandlung erfahren (siehe Abbildung 41). Die vereinzelte Kritik von Bezugspersonen, wenn man die Kategorien eher und sehr häufig zusammenrechnet, erfolgt am häufigsten von Bekannten (12 %) und Familienmitgliedern (10 %). Unter Freund*innen wird sich etwas seltener in dieser Richtung geäußert (8 %) und in dem Kolleg*innenkreis ist die deutliche Kritik an der (geplanten) Cannabisbehandlung am wenigsten verbreitet (6 %).

Abbildung 41: Häufigkeit einer kritischen Ansprache zur geplanten medizinischen Cannabisbehandlung durch verschiedene Personengruppen in der Gruppe ohne eine ärztliche Verschreibung (Angaben in %, N=54-60)



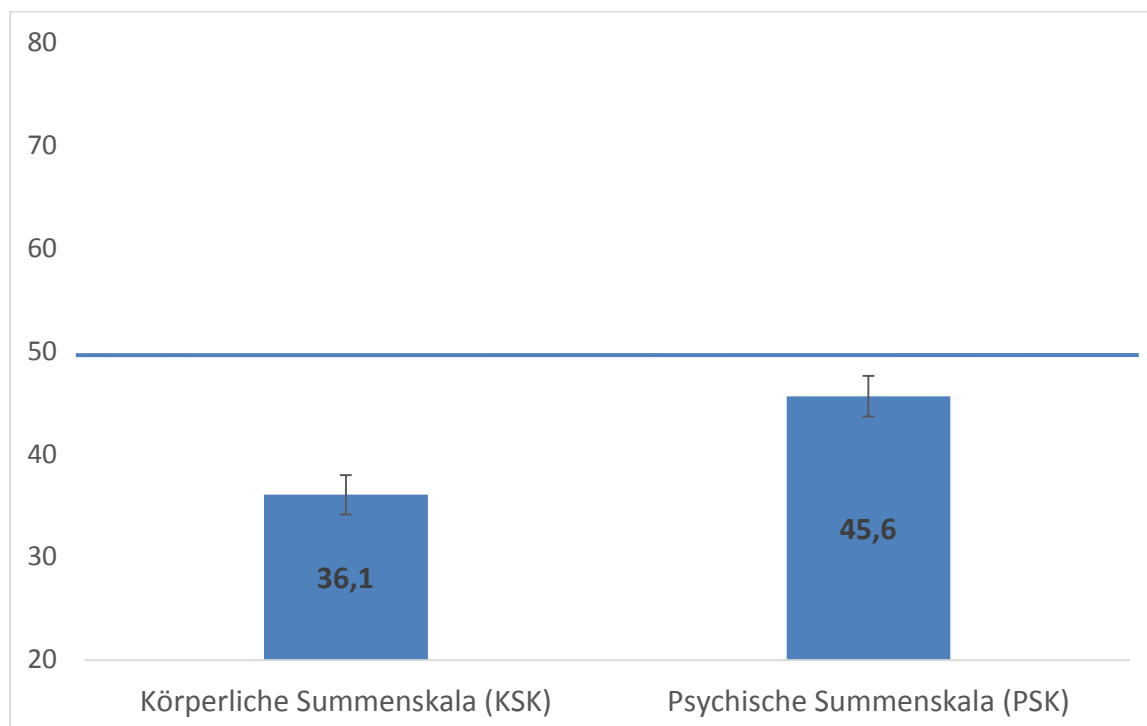
3.5 Vergleich von gesundheitsbezogener Lebensqualität und psychischer Belastung nach Befragungsgruppen

Nach der Darstellung der drei einzelnen Befragungsgruppen in den vorigen Kapiteln wird in diesem Abschnitt ein Blick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die psychische Belastung der Befragten geworfen. Dies soll für die gesamte Befragungsstichprobe sowie vergleichend für die drei Gruppen erfolgen.

3.5.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach SF-12

In diesem Unterkapitel soll die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Fokus genommen werden. In der Abbildung 42 sind für alle 170 Befragten die Mittelwerte der in der KSK sowie der PSK dargestellt. Die blaue horizontale Linie zeigt den Normwert von 50 Punkten, entspricht also dem Durchschnitt der Normalbevölkerung (s. o.). Der linken Säule lässt sich entnehmen, dass die befragten Personen einen durchschnittlichen KSK-Wert von 36,1¹¹ aufweisen, und somit in ihrer Lebensqualität im körperlichen Bereich deutlich eingeschränkt sind.

Abbildung 42: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) in der gesamten Befragungsgruppe (N=170). Angegeben sind Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle (Fehlerbalken). Die blaue Linie (T-Wert von 50) illustriert den Durchschnittswert der Normalbevölkerung.



¹¹ Die Standardabweichung beträgt 12,6 (Min: 12,7; Max: 62,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 34,2 bis 38,0.

Auch bezüglich der psychischen Aspekte liegt unsere Stichprobe mit einem PSK-Durchschnittswert von 45,6¹² unter dem Normalbevölkerungsdurchschnitt, jedoch ist die Einschränkung in der Lebensqualität hier wesentlich geringer als im körperlichen Bereich.

Abbildung 43 stellt die beiden SF-12-Skalen (körperliche/psychische Lebensqualität) getrennt für die drei Befragungsgruppen dar. Bezüglich der körperlichen Lebensqualität (KSK) ist der Gruppenmittelwert bei Patient*innen mit abgelehntem Antrag mit 39,5¹³ etwas höher als bei den beiden anderen Gruppen: sowohl bei den Befragten mit bewilligtem Antrag (34,5¹⁴) als auch bei denen ohne verschreibungswillige Ärzt*in (34,6¹⁵) liegen die durchschnittlichen KSK-Werte um rund 5 Punkte niedriger. Aufgrund der eher kleinen Gruppengrößen verfehlt dieser Gruppenunterschied im Rahmen einer Varianzanalyse (ANOVA) jedoch statistische Signifikanz ($F = 2,9; p = .058$).

Bei der psychischen Lebensqualität sind es die Patient*innen mit bewilligtem Antrag, denen es im Gruppenvergleich diesbezüglich am besten geht. Mit 50,3¹⁶ Punkten erreichen diese einen Wert, der sehr nahe an dem Durchschnittswert für die Normstichprobe liegt. Nur knapp darunter liegt mit 47,9¹⁷ Punkten die Gruppe der Personen mit einem abgelehnten Antrag auf Kostenübernahme. Nur die Befragungsteilnehmer*innen, die keine Cannabis verschreibende Praxis finden, liegen mit einem durchschnittlichen PSK-Wert von 39,4¹⁸ Punkten deutlich unterhalb der Normstichprobe. Diese Gruppe kann damit als psychisch überdurchschnittlich belastet angesehen werden. Der Gruppenunterschied in der PSK ist auch statistisch signifikant ($F(2, 167) = 12,9; p < .001$).

¹² Die Standardabweichung beträgt 13,1 (Min: 19,1; Max: 72,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 43,7 bis 47,6.

¹³ Die Standardabweichung beträgt 13,5 (Min: 12,7; Max: 59,7) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 35,8 bis 43,3.

¹⁴ Die Standardabweichung beträgt 12,1 (Min: 14,5; Max: 60,1) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 31,3 bis 37,8.

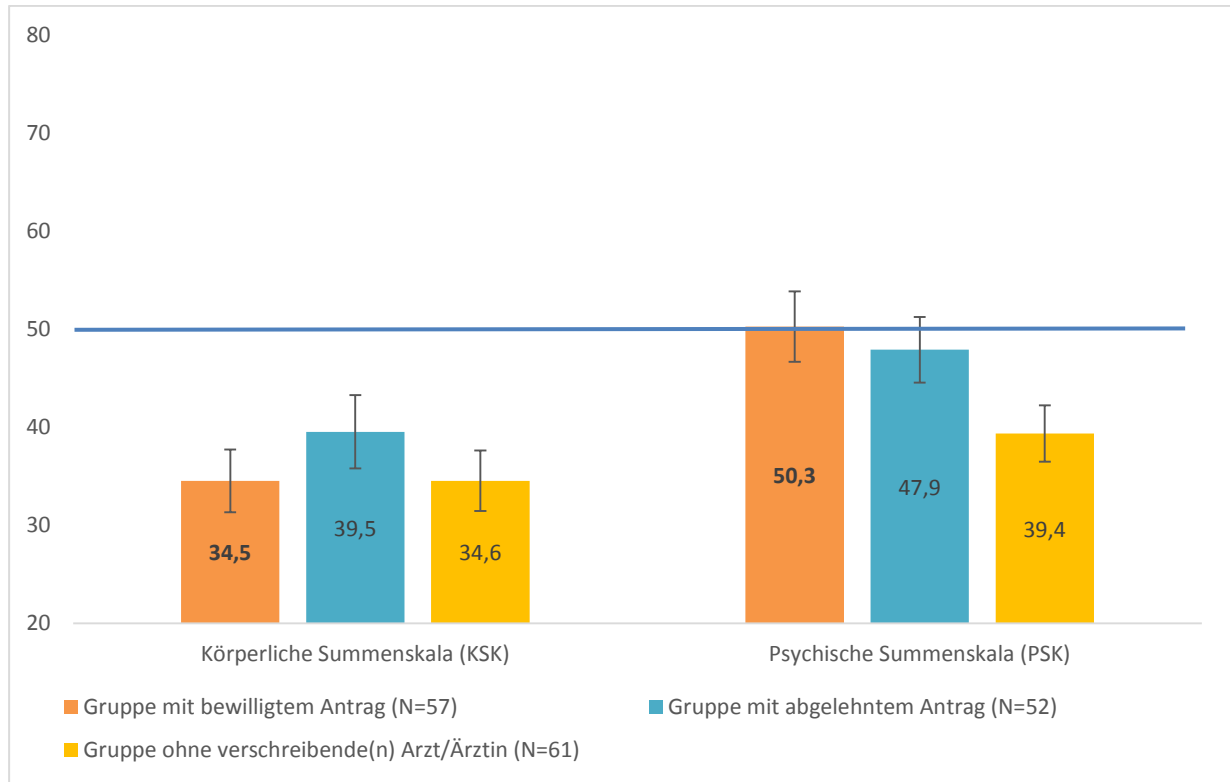
¹⁵ Die Standardabweichung beträgt 12,0 (Min: 13,2; Max: 62,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 31,5 bis 37,6.

¹⁶ Die Standardabweichung beträgt 13,5 (Min: 19,4; Max: 72,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 46,7 bis 53,9.

¹⁷ Die Standardabweichung beträgt 12,0 (Min: 21,3; Max: 67,8) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 44,6 bis 51,3.

¹⁸ Die Standardabweichung beträgt 11,2 (Min: 19,1; Max: 64,5) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 36,5 bis 42,2.

Abbildung 43: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF 12) nach Befragungsgruppen (N=52-61). Angegeben sind Gruppenmittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle (Fehlerbalken). Die blaue Linie (T-Wert von 50) illustriert den Durchschnittswert der Normalbevölkerung.



3.5.2 Psychische Belastung nach BSI-18

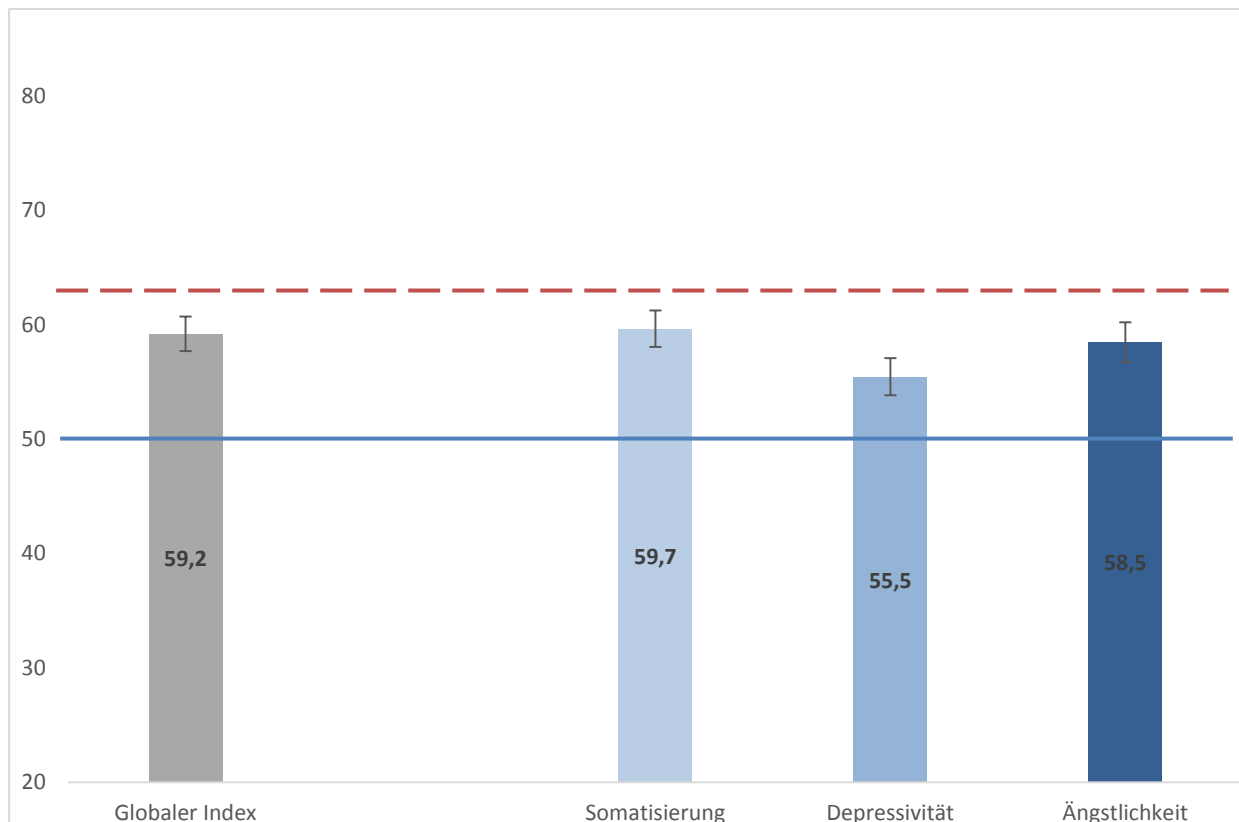
Die im vorigen Unterkapitel analysierte gesundheitsbezogene Lebensqualität hängt natürlich auch mit der psychischen Belastung der Patient*innen zusammen. In diesem Abschnitt sollen diese wieder zunächst für die gesamte Stichprobe und dann noch einmal vergleichend zwischen den drei Befragungsgruppen betrachtet werden.

Wie bereits im Einleitungsteil erwähnt, ist bei den folgenden Abbildungen (44-46) zu beachten, dass ein höherer Wert nicht einen besseren, sondern einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand bedeutet. In Abbildung 44 lässt sich der linken Säule (globaler Index, GSI) entnehmen, dass unsere Stichprobe mit einem Mittelwert von 59,2¹⁹ insgesamt deutlich stärker psychisch belastet ist, als die Durchschnittsbevölkerung, jedoch noch nicht das Belastungsniveau psychiatrischer Patient*innen (T-Werte zwischen 63 und 69 Punkten) aufweist [23].

¹⁹ Die Standardabweichung beträgt 10,0 (Min: 31,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 57,7 bis 60,7.

Richtet man den Blick auf die Subskalen, so zeigt sich, dass sich die Belastung im Gesamtwert GSI hauptsächlich in den Skalen Somatisierung (59,7²⁰) und Ängstlichkeit (58,5²¹). Die Werte für Depressivität liegen mit 55,5²² etwas niedriger.

Abbildung 44: Psychische Belastung (BSI-18) in der gesamten Befragungsgruppe (N=170). Angegeben sind Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle (Fehlerbalken). Die blaue Linie (T-Wert von 50) illustriert den Durchschnittswert der Normalbevölkerung, die rote Linie bei 63 den Cut-off-Wert für klinisch relevante psychische Beeinträchtigung.



In Abbildung 45 ist der globale Belastungsindex GSI getrennt für die drei Befragungsgruppen dargestellt. Die geringste psychische Gesamtbelastung mit durchschnittlich 55,6²³ Punktwerten erreichen die Patient*innen mit einem abgelehnten Antrag auf Kostenübernahme von den Krankenkassen. Da jedoch auch dieser Wert statistisch signifikant über dem Normwert von 50 liegt (das 95 %-Konfidenzintervall beginnt bei 52,6 Punkten: der Fehlerbalken in Abbildung 45 beginnt also oberhalb der blauen Linie), ist die Belastung auch in dieser Gruppe noch als erhöht einzuschätzen. In der Gruppe der Patient*innen mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme liegt der durchschnittliche GSI-

²⁰ Die Standardabweichung beträgt 10,5 (Min: 38,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 58,1 bis 61,2.

²¹ Die Standardabweichung beträgt 11,5 (Min: 37,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 56,7 bis 60,2.

²² Die Standardabweichung beträgt 10,7 (Min: 38,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 53,8 bis 57,1.

²³ Die Standardabweichung beträgt 10,9 (Min: 31,0; Max: 72,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 52,6 bis 58,6.

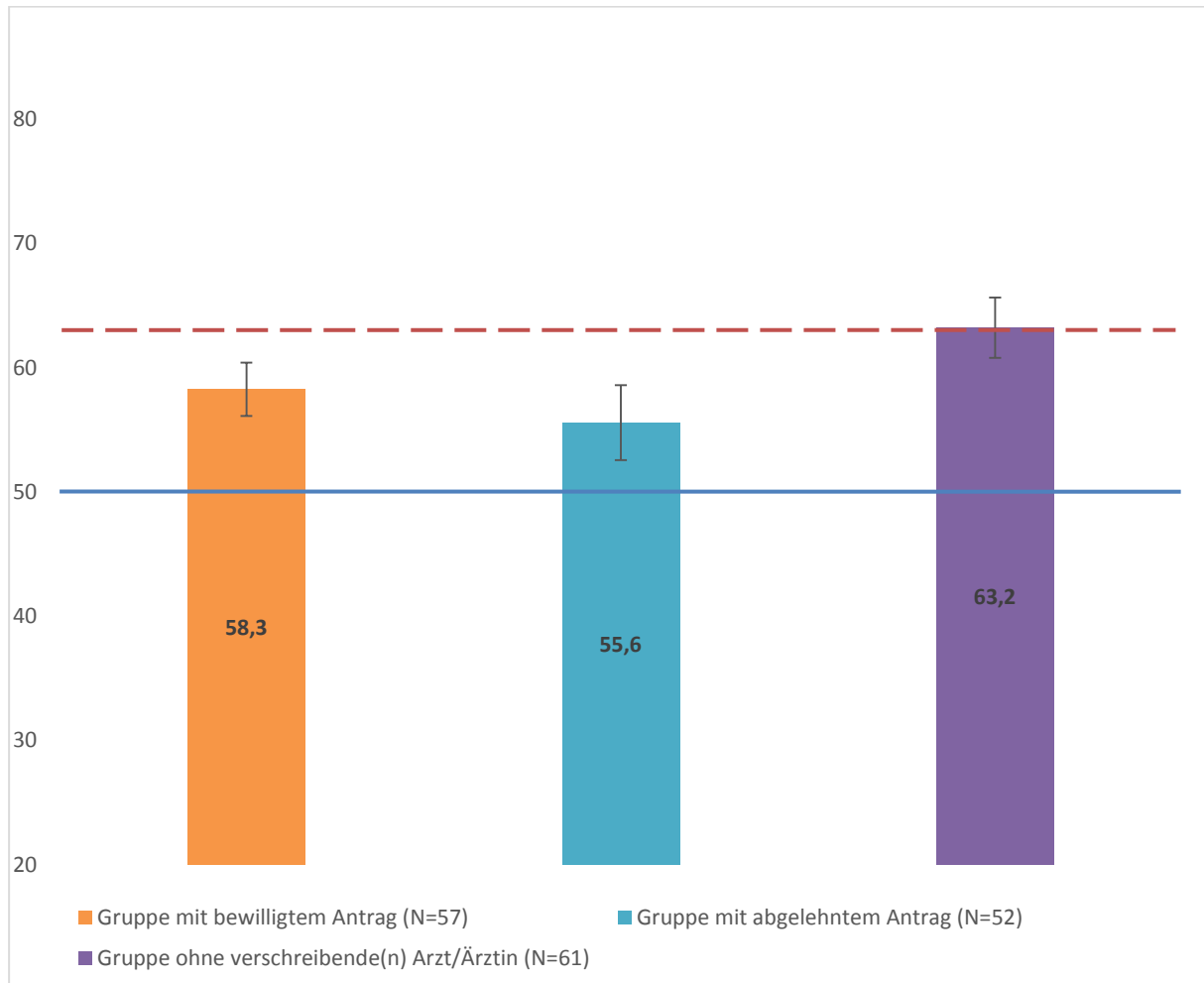
Wert mit 58,3²⁴ etwas höher als in der zuvor beschriebenen Gruppe. Die stärkste psychische Belastung mit einem GSI-Wert von durchschnittlich 63,2²⁵ weist die Gruppe der 61 befragten Personen auf, die weder eine Ärztin noch einen Arzt finden, die bereit sind, Cannabis-Arzneimittel zu verschreiben. Dieser Gruppenunterschied ist statistisch signifikant ($F = 9,5$; $p < .001$).

Ergänzend zur Auswertung der Gruppenmittelwerte wurde pro Gruppe außerdem der Anteil der Personen ermittelt, deren psychische Belastung als klinisch relevant gelten kann. Nach einer Definition von Derogatis (2001) und Franke (2017) ist dies dann der Fall, wenn entweder der globale Wert GSI oder mindestens eine der drei Subskalen (Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung) T-Werte größer/gleich 63 erreichen. In der Gruppe der Patient*innen mit einem abgelehnten Antrag auf Kostenübernahme ist dies bei 51,9 % der Patient*innen der Fall. In der Gruppe mit Patient*innen mit bewilligtem Antrag auf Kostenübernahme findet sich eine minimal höhere Zahl von 54,4 % der Befragten mit klinisch relevanter Beeinträchtigung. In der Gruppe der Patient*innen ohne verschreibende Ärzt*innen weisen jedoch drei Viertel (75,4 %) eine klinisch relevante Beeinträchtigung auf. Dieser Gruppenunterschied ist statistisch signifikant ($\chi^2 = 8,2$, $p = .017$).

²⁴ Die Standardabweichung beträgt 8,1 (Min: 36,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 56,1 bis 60,4.

²⁵ Die Standardabweichung beträgt 9,5 (Min: 36,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 60,8 bis 65,6.

Abbildung 45: Psychische Gesamtbelastung (BSI-18, globaler Index GSI) nach Befragungsgruppen (N=52-61); angegeben sind Gruppenmittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle. Die blaue Linie (T-Wert von 50) illustriert den Durchschnittswert der Normalbevölkerung, die rote Linie bei 63 den Cut-off-Wert für klinisch relevante psychische Beeinträchtigung.



Der Abbildung 46 sind die Werte für die Subskalen in den drei Befragungsgruppen zu entnehmen. Auch bei allen Subskalen ist die Gruppe ohne verschreibenden ärztlichen Beistand am stärksten belastet. Mit Punktwerten von 62,5²⁶ in der Skala Somatisierung und 62,3²⁷ hinsichtlich der Ängstlichkeit liegen die Belastungen hier noch etwas ausgeprägter vor als bei der Depressivität mit 59,7.²⁸ Bei der Somatisierung ist die Belastung in der Gruppe mit bewilligtem Antrag (59,6)²⁹ etwas höher als in der Gruppe mit abgelehntem Antrag

²⁶ Die Standardabweichung beträgt 10,2 (Min: 38,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 59,9 bis 65,1.

²⁷ Die Standardabweichung beträgt 11,6 (Min: 39,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 59,3 bis 65,3.

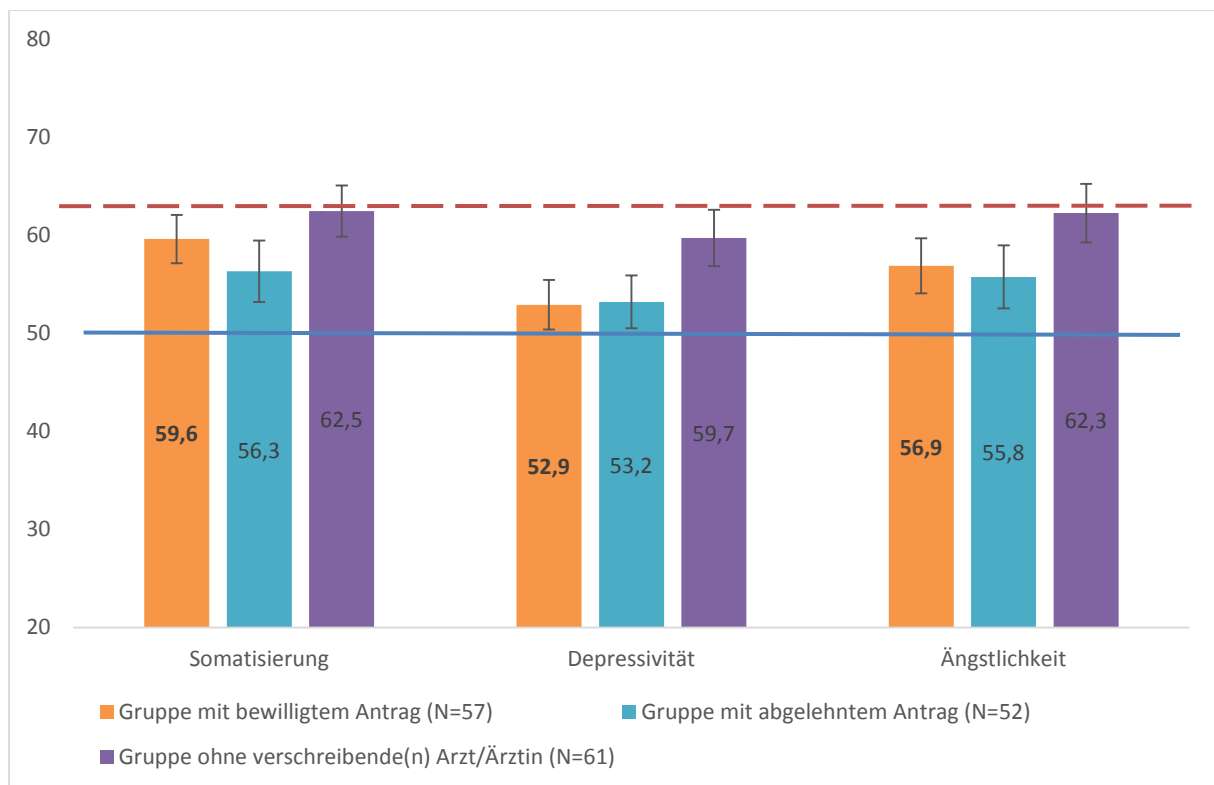
²⁸ Die Standardabweichung beträgt 11,2, (Min: 38,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 56,9 bis 62,6.

²⁹ Die Standardabweichung beträgt 9,3 (Min: 39,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 57,2 bis 62,1.

(56,3).³⁰ Bei der Depressivitätsskala liegen diese beiden Gruppen mit 52,9³¹ bzw. 53,2³² auf gleichem Niveau. In der Skala Ängstlichkeit wiederum ist die Gruppe mit bewilligtem Antrag (56,9)³³ leicht beeinträchtigt als die ohne bewilligten Antrag (55,8).³⁴

Zusammenfassend zeigt sich, dass die psychische Belastung insgesamt als überdurchschnittlich hoch angesehen werden muss, was vor dem Hintergrund der in den Kapiteln 3.2. bis 3.4. aufgezeigten Beschwerden und Diagnosen sowie den überwiegend schleppend verlaufenden Kostenanträgen bzw. Arztsuchen erklärbar bzw. sogar zu erwarten ist. Es ist außerdem festzuhalten, dass die Gruppe ohne verschreibenden Arzt/Ärztin in allen Subskalen deutlich stärker beeinträchtigt ist als die übrigen beiden Gruppen (p-Werte: Depressivität: < .001, Ängstlichkeit = .005, Somatisierung =.008), und dass deren Belastungsniveau näher an den Werten psychisch erkrankter Patienten [23] als an den Werten der Durchschnittsbevölkerung liegt.

Abbildung 46: Psychische Belastung (BSI-18, drei Subskalen) nach Befragungsgruppen (N=52-61); angegeben sind Gruppenmittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle. Die blaue Linie (T-Wert von 50) illustriert den Durchschnittswert der Normalbevölkerung, die rote Linie bei 63 den Cut-off-Wert für klinisch relevante psychische Beeinträchtigung.



³⁰ Die Standardabweichung beträgt 11,3 (Min: 40,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 53,2 bis 59,5.

³¹ Die Standardabweichung beträgt 9,6 (Min: 42,0; Max: 80,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 50,4 bis 55,5.

³² Die Standardabweichung beträgt 9,7 (Min: 38,0; Max: 74,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 50,5 bis 55,9.

³³ Die Standardabweichung beträgt 10,6, (Min: 39,0; Max: 78,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 56,8 bis 59,7.

³⁴ Die Standardabweichung beträgt 11,5, (Min: 37,0; Max: 75,0) und das Konfidenzintervall (95 %) reicht von 52,6 bis 59,0.

4 Fazit

In diesem Fazit der Befragungsstudie zur Versorgungssituation von Patient*innen mit Cannabis-Arzneimitteln, werden nur zusammenfassende Ergebnisse, ohne Nennung von konkreten Zahlen, dargestellt. Die diesbezüglichen Daten lassen sich den genannten Kapiteln entnehmen.

- Die Befragung von insgesamt 170 Teilnehmer*innen konnte in einem Zeitraum von fünf Monaten erfolgreich realisiert werden. Es liegen damit Studienergebnisse vor, die nicht nur für die Versorgungssituation in Frankfurt am Main eine große Bedeutung haben, sondern auch bundesweit Beachtung finden dürften (siehe Kapitel 2).
- Im Rahmen der Rekrutierung der drei Befragungsgruppen, also bei Patient*innen mit einer Kostenzusage durch die Krankenkasse (Gruppe A), einer entsprechenden Ablehnung (Gruppe B) und Patient*innen, die keine verschreibende Ärzt*in finden (Gruppe C) konnte die jeweilige Zielzahl von 50 Personen fast gleichzeitig erreicht bzw. übertroffen werden. Es spiegelt sich darin zum einen der nach wie vor hohe Anteil an Ablehnungen durch die Krankenkassen wider. Zum anderen zeigt sich hier auch erstmals empirisch, dass es sich beim Auffinden einer Ärzt*in, die bereit ist, Cannabis-Arzneimittel zu verschreiben sowohl im Großraum Frankfurt am Main als auch in anderen Regionen um ein relevantes Versorgungsproblem handelt (siehe Kapitel 3.1).
- Die von den Patient*innen genannten Beschwerden, gegen die Cannabis-Arzneimittel eingesetzt werden (wollen) und die diesbezüglichen Diagnosen, bilden in allen drei Befragungsgruppen ein sehr breites Spektrum ab. Hervorzuheben ist, dass sich keine drei grundsätzlich verschiedenen Patient*innengruppen identifizieren lassen. Die Ablehnungsgründe (Gruppe B) bzw. die Schwierigkeit der Arztsuche (Gruppe C) sind also nicht nur auf Patient*innenmerkmale hinsichtlich der einzelnen Beschwerden und Diagnosen mit unklaren Einsatzmöglichkeiten beschränkt. Bei denjenigen Personen, die aktuell Cannabis-Arzneimittel nutzen, wird überwiegend von (deutlichen) Verbesserungen berichtet. Es treten allerdings auch Nebenwirkungen auf (siehe Kapitel 3.2 bis 3.4).
- Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, warum bei einem im Großen und Ganzen ähnlich gelagerten Krankheitsbild bestimmte Patient*innen eine Cannabis verschreibende Ärzt*in finden und andere nicht. Dieser Befund unterstreicht die Notwendigkeit, zu einer qualitätsgestützten und verbesserten Verschreibungspraxis zu gelangen.
- Bei Patient*innen, deren Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt worden ist, wurde nahezu von allen Befragten Widerspruch eingelegt. Es besteht zudem eine hohe Bereitschaft im weiterhin negativen Fall auch den Klageweg zu beschreiten. Neben den zusätzlichen Unannehmlichkeiten, die dies für die Betroffenen bedeutet und den individuellen Kosten des Klageweges für die Betroffenen, ist von nicht unerheblichen gesellschaftlichen Kosten durch die Verwaltungs- und Prozessabläufe auszugehen.

Zudem ist auch ein Großteil der Patient*innen mit einer abgelehnten Kostenzusage von persönlichen Kosten betroffen, da diese fast alle Cannabis-Arzneimittel auf Privatrezept beziehen (siehe Kapitel 3.3.1 und 3.3.2).

- Die Zufriedenheit mit der Unterstützung bei dem Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln unterscheidet sich sowohl bei Patient*innen mit und ohne Kostenzusage stark nach Akteuren. Mit den Ärzt*innen sind die Patient*innen bezüglich der Betreuung überwiegend (sehr) zufrieden, mit den Krankenkassen hingegen ist die deutliche Mehrheit eher oder absolut unzufrieden (siehe Kapitel 3.2.4 und 3.3.4).
- Nicht nur die Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln stellt die Betroffenen vor eine Herausforderung. Auch der Bezug von diesen Medikamenten ist keineswegs problemlos sichergestellt. Neben dem Auffinden einer generell Cannabis-Arzneimittel führenden Apotheke ist auch die Verfügbarkeit nicht für alle Produkte jederzeit gegeben (siehe Kapitel 3.2.4 und 3.3.4).
- Bezüglich der Aufklärung zeigt sich in allen Befragungsgruppen ein gemischtes Bild. Der überwiegende Teil fühlt sich gut oder sehr gut durch Ärzt*innen und Apotheker*innen aufgeklärt. Demgegenüber steht aber je nach Befragungsgruppe ein Drittel bis knapp die Hälfte, die die Aufklärung durch diese beiden Berufsgruppen negativ bewertet. Angesichts des nicht unerheblichen, notwendigen Informationsstandes dieser besonderen Behandlungsform, ist hier von einem gewissen Handlungsbedarf auszugehen (siehe Kapitel 3.2.4 und 3.3.4).
- Die Belastung der Patient*innen bezüglich der körperlichen und psychischen Gesundheit muss im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung als überdurchschnittlich stark bezeichnet werden. Insbesondere die Patient*innen, die keine verschreibende Ärzt*in finden, sind schwerer beeinträchtigt. Insgesamt unterstreicht dies die Notwendigkeit der Verbesserung der Versorgungsstruktur mit Cannabis-Arzneimitteln (siehe Kapitel 3.5).

5 Literatur

1. Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 06. März, (2017).
2. Hinweise für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte. Antrag auf Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Absatz 2 BtMG zum Erwerb von Cannabis zur Anwendung im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie (Stand: 14.09.2009), (2016).
3. Plenert M, Stöver H. Cannabis als Medizin. Praxis-Ratgeber für Patienten, Ärzte und Angehörige. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag; 2019.
4. Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK). Cannabis als Medikament – AOK mahnt zur Vorsicht. Berlin: AOK-Bundesverband GbR; 2018; Available from: https://www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/arzneimittel/index_20094.html.
5. Drei Jahre Cannabis-Gesetz Mehr als zwei Drittel der Anträge werden bewilligt. Berlin: Barmer Pressestelle.
6. Glaeske G, Sauer K. Cannabis-Report. 2018.
7. Kiefer A, Eckert-Lill C, Bussick D, Hornig M, Reimann H. Cannabis for medical purposes and its prescription. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2019;62(7):811-7. Epub 2019/06/13. Cannabis für medizinische Zwecke und seine ärztliche Verordnung.
8. Wang J, Wang Y, Tong M, Pan H, Li D. Medical Cannabinoids for Cancer Cachexia: A Systematic Review and Meta-Analysis. BioMed research international. 2019;2019:2864384. Epub 2019/07/26.
9. Lattanzi S, Brigo F, Trinka E, Zaccara G, Cagnetti C, Del Giovane C, et al. Efficacy and Safety of Cannabidiol in Epilepsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Drugs. 2018;78(17):1791-804. Epub 2018/11/06.
10. Mucke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Hauser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. The Cochrane database of systematic reviews. 2018;3:CD012182. Epub 2018/03/08.
11. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. Jama. 2015;313(24):2456-73. Epub 2015/06/24.
12. Häuser W, Welsch P, Klose P, Radbruch L, Fitzcharles M. Efficacy, tolerability and safety of cannabis-based medicines for cancer pain: A systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials. Schmerz. 2019.
13. Allan G, Finley C, Ton J, Perry D, Ramji J, Crawford K, et al. Systematic review of systematic reviews for medical cannabinoids. Pain, nausea and vomiting, spasticity, and harms. Can Fam Physician. 2018;64:78-94.
14. Black N, Stockings E, Campbell G, Tran LT, Zagic D, Hall WD, et al. Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 2019;6(12):995-1010.
15. Hoch E, Friemel C, Schneider M, Pogarell O, Hasan A, Preuss UW, et al. Efficacy and safety of medicinal cannabis: results of the CaPRis study. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2019;62(7):825-9. Epub 2019/06/20. Wirksamkeit und Sicherheit von Cannabisarzneimitteln: Ergebnisse der CaPRis-Studie.
16. Zwischen Boom und Skepsis: Cannabis auf Rezept – Wie hoch ist die Nachfrage? [database on the Internet]. 2019 [cited 30.08.2019]. Available from: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/982279/zwischen-boom-skepsis-cannabis-rezept-hoch-nachfrage.html.
17. Immer mehr Patienten: Der deutsche Cannabis-Markt blüht [database on the Internet]. 2019 [cited 30.08.2019]. Available from: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/der-deutsche-cannabis-markt-blueht-weiter-wachsende-nachfrage-16344950.html>.
18. Schmidt-Wolf G, Cremer-Schaeffer P. Interim analysis of the survey accompanying insurance-covered prescriptions of cannabis-based medicines in Germany.

- Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2019;62(7):845-54. Epub 2019/05/31. Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln in Deutschland - Zwischenauswertung.*
19. Morfeld M, Kirchberger I, Bullinger M. SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe; 2011.
 20. Franke GH, Ankerhold A, Haase M, Jäger S, Tögel C, Ulrich C, et al. [The usefulness of the Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) in psychotherapeutic patients]. *Psychother Psych Med.* 2011;61:82-6
 21. Franke GH, Jaeger S, Glaesmer H, Barkmann C, Petrowski K, Braehler E. Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC medical research methodology.* 2017;17(1):14. Epub 2017/01/28.
 22. Derogatis LR. BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring and procedures manual. NCS Pearson, Incorporated. 2001.
 23. Spitzer C, Hammer S, Löwe B, Grabe H, Barnow S, Rose M, et al. [The short version of the Brief Symptom Inventory (BSI -18): preliminary psychometric properties of the German translation]. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie.* 2011;79(9):517-23.