

Cannabis für Schwerkranke

Anfang oder Ende qualifizierter Versorgung? Eine Nachbetrach- tung zum Gesetzesbeschluss des Bundestages vom 19. Januar 2017

Der Bundestag hat am 19. Januar 2017 das „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ nach zweiter und dritter Beratung ohne Stimm-enthaltung und ohne Gegenstimme im Plenum mit den Stimmen aller Fraktionen beschlossen.

Hier soll dargestellt werden, was geregelt wurde, was nicht geregelt wurde, auf welcher Grundlage beides geschah und welche Effekte und Auswirkungen absehbar eintreten werden.

Geregelt wurde, dass zukünftig Cannabis, auch in Form von getrockneten Blüten aus einem Anbau, der zu medizinischen Zwecken unter staatlicher Kontrolle erfolgt, sowie in Zubereitungen als Fertigarzneimittel zugelassen wird. Die Menge von Cannabis in Form von getrockneten Blüten wird mit 100 Gramm monatlich, in begründeten Ausnahmen sogar noch mehr, oder als Extrakte verordnungsfähig. An Fertigarzneimitteln wird die Versorgung mit Präparaten, die die Wirkstoffe Dronabinol oder Nabilon enthalten, explizit erwähnt.

Weiter wurde beschlossen, dass „Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung“ Anspruch haben auf diese Versorgung, wenn nach Einschätzung des behandelnden Arztes eine allgemein anerkannte medizinische Standardleistung nicht zur Verfügung steht oder nicht zur Anwendung kommen kann und eine „nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung“ auf Krankheitsverlauf oder schwerwiegende Symptome besteht. Für die Krankenkassen gibt es de facto eine Genehmigungspflicht, die nach Lage des Falles noch auf maximal drei Tage verkürzt werden kann. Eine Begleiterhebung über die Anwendung ist vorgesehen. Ihren



BU © SLÄK

Umfang und Details gibt das Bundesministerium für Gesundheit mit Rechtsverordnung vor.

Problemlage

Keinerlei Aussagen oder Regelungen wurden getroffen

- zu den Diagnosen und Indikationen einer Verordnung von Cannabis, Cannabisextrakten oder synthetischen Reinsubstanzen sowie
- zu den Rahmenbedingungen einer Verordnung unter Berücksichtigung vorheriger Behandlungen, ihrer Effekte und des Erkrankungsverlaufs.

Problematisch ist, dass nicht ausschließlich Reinsubstanzen favorisiert werden, sondern genau das giftige Cannabiskraut mit all seinen Begleitstoffen und schädlichen Nebeneffekten zur Anwendung kommen wird,

das Abhängige verwenden. Es fehlt auch im Gesetzestext unverständlicherweise jeder Hinweis auf den Konsumweg, gerade unter Bezug auf das Cannabiskraut. Wird vielleicht doch überwiegend, wie bei Missbrauch und Abhängigkeit, das Cannabiskraut mit allen Nebenwirkungen geraucht werden? Es fehlt auch jeder Hinweis, ob in diesem Falle andere Regeln als beim Tabakrauchen Anwendung finden sollen. Darf vielleicht zukünftig der Schwerkranke in geschlossenen öffentlichen Räumen seinen medizinischen Joint rauchen?

Kritik

Die gesamte Entscheidungslast wird bei dünnsten Vorgaben der Ärzteschaft aufgebürdet. Somit haben die Ärzte mal wieder den schwarzen Peter. Quod erat demonstrandum! Es fehlen neben Diagnosen und Indi-

Anzeige

Siemens Acuson **NX2 light** - limitierte **Sonderedition**

AKTION

%

Sparen Sie bis zu **5.100 €**

Performance der Geräteklasse über 20.000 €

zum **AKTIONSPREIS ab 14.900 €**

Diese Aktion und viele weitere Ultraschallsysteme führender Marken können Sie jederzeit in unserem **Servicezentrum in Rodenwald** testen und erleben. Jetzt Termin vereinbaren! Wir freuen uns auf Sie!



Alle Preise inkl. MwSt.



Herrmann
Medizintechnik

HMT - Herrmann Medizintechnik

0351 - 838 24 29

www.herrmann-medizintechnik.de

SONOGRAPHE
UBODYNAMIK
SERVICE

Nur solange Vorrat reicht!

kationen klare Angaben zum Altersbezug der Verordnung. Insbesondere junge Menschen, die Hirnreifung endet durchschnittlich mit dem 23. Lebensjahr, sind durch Cannabis bis zu diesem Zeitpunkt extrem gefährdet. Körperliche, psychische und psychotische, aber auch soziale Extrem Schäden, die einen gesunden Lebensweg völlig durchkreuzen, treten ein. Dieses grobe Defizit der Folgenkritik scheint illustriert in der Sachverständigenauswahl für die einschlägige Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages für dieses Gesetz. Andere als zustimmende Positionen waren, bei großer Zurückhaltung zum Beispiel der GKV und des MDK, nicht präsent, insbesondere fehlten Experten von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften und Fachverbänden. Bestätigung findet diese Einschätzung im „Deutschen Ärzteblatt“ (Heft 8/2017, S. A 352ff.) in einem Artikel von Prof. Dr. med. Kirsten Müller-Vahl und Dr. med. Franjo Grotenhermen, die für diese Risiken fälschlich „fehlende Daten“ behaupten.

Es drängt sich hier die Frage auf, wie es zu diesem Gesetzesbeschluss kommen konnte, obwohl in den Beratungen der Bundestagsabgeordneten im Gesundheitsausschuss, im Plenum über alle Fraktionen und auch von den eingeladenen Sachverständigen das Fehlen verlässlicher wissenschaftlicher Ergebnisse mit Evidenz für den Einsatz von Cannabis, Cannabisextrakten etc. bekannt war und ausdrücklich in fast

jedem Redebeitrag betont wurde. Man wusste um das Manko! Es wurde in den zugänglichen Protokollen aus dem Bundestag ständig nur von klinischen Erfahrungen, Fallbeispielen, Eindrücken und vermeintlichen Hinweisen auf die Positiverfekte gesprochen, eine wissenschaftliche Fundierung konnte nicht gezeigt werden, da es sie nicht gibt.

Man muss sich vor Augen halten: Es gibt keine tragfähigen wissenschaftlichen Ergebnisse, keinen sicheren wissenschaftlichen Bezug zwischen Diagnosen und „Therapie mittels Cannabis“, auch hat sich in den letzten über 150 Jahren Medizingeschichte Cannabis in allen Anwendungsformen keineswegs als der ersetzende Renner zur Behandlung diverser, auch exotischer Problemfälle, durchsetzen können. Es kommt nie als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung von Krankheitszuständen vor, wissenschaftlich gesichert sind allerdings die Schädwirkungen. Auf dieser Grundlage wurde dieses Gesetz beschlossen. Strikt wissenschaftlich begleitete Behandlungen mit Reinsubstanzen, also ohne die vermeidbaren Nebenwirkungen des Cannabis, wurden nicht ins Werk gesetzt. In einem, auch großzügig angelegten Therapieversuch hätten ja bislang fehlende und neue wissenschaftliche Daten gefunden werden können, zum Beispiel für den Einsatz von Reinsubstanzen. Stattdessen hat man Umfang und Präzision der Begleituntersuchungen nach breit diskutierten Datenschutzwägungen reduziert. Honi soit qui mal y pense!

Es kommt also hier bei der Gesetzgebung im Bundestag zu einer Koalition von „Meinen und Glauben“ gegen „Wissen und Rationalität“, so als hätte es die Zeit der Aufklärung nie gegeben. Die Kosten dafür werden dem Beitragszahler zum Begleitenden zugewiesen. Ein Kostenanstieg kann in erheblichem Umfang erwartet werden. Der Schaden für die Suchtprävention und die Resistenz gerade junger Menschen gegenüber dem Cannabiskonsum wird immens sein. Die begriffliche Umtopfung des giftigen Cannabis zu „medizinischem Cannabis“ oder „Cannabisarzneimitteln“ spricht der Prävention Hohn und wird die Schädwirkungen, Suchtentwicklungen und den Missbrauch nicht verringern, auch wenn die Verordnung von ärztlicher Hand erfolgt. Ein Triumph ideologischer Schwarmgeisterei über ärztlichen Sachverstand.

Welche Ärzte, welche Schmerztherapeuten ohne spezielle zusätzliche Qualifikation können allein sicher somatische Schmerzen, chronische Schmerzen, psychogene Schmerzen und die Angabe von Schmerzen im Rahmen einer Suchtentwicklung differenzieren? Das juristische Risiko bei solcher Gesetzgebung bleibt ihnen jedoch allemal gewiss.

Ergebnis: Meinungsstarke, (ge)wissensarme Politik schafft neue Risiken für Patienten, Ärzte, Beitragszahler und Gesellschaft.

Dr. med. Frank Härtel
Vorsitzender der Kommission
„Sucht und Drogen“

Cannabisverordnung in der Praxis

Informationen zur Pharmakologie und Anwendung von Cannabis in Form von Cannabisblüten (Droge), Cannabisextrakt oder Reinsubstanzen

Das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 6. März 2017 („Cannabis-Gesetz“, BGBl. 2017 Teil I

Nr. 11, ausgegeben am 9. März 2017) ermöglicht die Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in „standardisierter Qualität“. Selbstverständlich können auch weiterhin die isolierten Cannabiswirkstoffe Tetrahydrocannabinol (THC, Dronabinol) und Cannabidiol (CBD) verordnet werden.

Cannabisblüten und -extrakte sowie Dronabinol unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz. Cannabidiol ist lediglich verschreibungspflichtig!

Derzeit stehen 14 Cannabisarten zur Verfügung, die sich im THC- und CBD-Gehalt unterscheiden. Für jede dieser Cannabisarten muss ein individuelles Dosierungsschema gefunden werden. Dieses ist abhängig von der komplexen Pharmakologie der Cannabinoide, interindividuellen genetischen Unterschieden hinsichtlich der Metabolisation von THC, der individuellen Struktur und Funktion der Cannabinoidrezeptoren, sowie Unterschieden in der Rezeptordichte und -verteilung.

Cannabisblüten können inhalativ (Rauchen, Inhalieren) oder oral (Tee, Kekse) aufgenommen werden. Damit eine Wirkung erzielt wird, müssen die inaktiven Säuren von THC und CBD durch Erhitzen decarboxyliert und damit in die pharmakologisch wirksame Form überführt werden.

Folgende Probleme können dabei auftreten:

Inhalation/Rauchen von Cannabisblüten

Beim Rauchen von Cannabisblüten (zusammen mit Tabak) entstehen schädliche Verbrennungsprodukte! Um dies zu vermeiden, wird unter anderem auf die Möglichkeit der Inhalation mittels eines Verdampfers (Vaporisator) hingewiesen. Vaporisatoren erhitzen Cannabisblüten (üblicherweise auf 180 bis 210 °C), wobei sich freies THC und CBD bildet. Die systemische Bioverfügbarkeit beträgt bei korrekter Applikation 29 bis 40 Prozent. Es kommt zu einer raschen Anflutung, aber auch zu einem ebenso schnellen Absinken des Spiegels im Blut.

Cannabis als Teezubereitung

Für diese Zubereitung werden Cannabisblüten in kochendes Wasser gegeben und 15 Minuten am Sieden gehalten. Aufgrund der schlechten Wasserlöslichkeit der Cannabinoide und der bei 100 °C nur langsam verlaufenden Decarboxylierung (und damit Überführung in die pharmakologisch wirksame Form) beträgt die Ausbeute an THC nur ca. fünf Prozent. Die Ausbeute lässt sich durch längere Kochzeit vergrößern, bei 30 Minuten erhöht sie sich um das Ein- bis Zweifache.

Cannabis als Kekszubereitung

beim Einbacken in Kekse kann die Dosis pro Anwendung nicht reproduziert werden. **Deshalb ist diese Anwendung aus Gründen der Arzneimittel- und Therapiesicherheit nicht zu empfehlen.**

Weiteres Problem bei der Anwendung von Cannabisblüten ist die fehlende Dosiergenauigkeit. In der

Regel wird beim Einsatz von Cannabinoiden langsam auftitriert und dann mit der niedrigsten möglichen Dosis fortgesetzt. Das gelingt mit rezepturmäßig hergestellten Dronabinol-Zubereitungen hervorragend, erklären bisherige Verordner und Anwender.

Phytopharmaka-Anwendung von Reinsubstanzen oder standardisierten Extrakten empfohlen

Der Einsatz ganzer Drogen ist in der modernen Medizin kaum noch verbreitet. In der Regel kommen standardisierte Extrakte zum Einsatz oder sogar Reinsubstanzen, die in vielen Fällen synthetisch hergestellt werden. Vor der Verordnung von Cannabisblüten sollten daher die verfügbaren standardisierten, teilweise isolierten Inhaltsstoffe des Cannabis verordnet werden.

Folgende Fertigarzneimittel und Ausgangsstoffe für Rezepturarzneimittel sind verfügbar:

Sativex® Spray

Sativex® Spray zur Anwendung in der Mundhöhle enthält pro Sprühstoß 2,7 mg Delta-9-Tetrahydrocannabinol und 2,5 mg Cannabidiol.

Canemes®

Canemes® enthält pro Kapsel 1 mg Nabilon, eine vollsynthetische Variante von THC.

Dronabinol (THC)

Dronabinol kann in drei verschiedenen standardisierten Rezepturen verordnet werden:

- Ölige Dronabinol-Tropfen 25 mg/ml (NRF 22.8.)
- Dronabinol-Kapseln 2,5 mg/5 mg/10 mg (NRF 22.7.)
- Ethanolische Dronabinol-Lösung 10 mg/ml zur Inhalation (NRF 22.16.)

Eingestelltes, raffiniertes Cannabisölharz

Cannabisölharz wird aus den Blüten von Cannabis sativa L. hergestellt. Die gelbe bis gelbbraune Flüssigkeit enthält fünf Prozent THC und unterschiedliche Mengen an CBD, die deklariert werden müssen. Cannabisölharz wird umgangssprachlich auch als Cannabisextrakt (5 % THC) bezeichnet. Zu beachten ist, dass der ölige Extrakt nicht zur Inhalation geeignet ist. Die standardisierte Herstellung sollte nach der Rezepturvorschrift „Ölige Cannabisölharz-Lösung 25 mg/ml Dronabinol (NRF 22.11.)“ erfolgen. Cannabisölharz ist derzeit in Deutschland noch nicht verfügbar. Vor Verordnung kontaktieren Sie bitte eine Apotheke.

Cannabidiol (CBD)

Cannabidiol unterliegt als Monosubstanz nicht dem Betäubungsmittelrecht. Da kein entsprechendes Fertigarzneimittel am Markt ist, wurde ein Rezepturarzneimittel ins Neue Rezeptur-Formularium (NRF) aufgenommen als „Ölige Cannabidiol-Lösung“ (NRF 22.10.)

Ein einziges schwaches Argument spricht unter Umständen für den Einsatz der Gesamtdroge: Bei Phyto-

Anzeige



**Treuhand Hannover –
Ihre Beratungsspezialisten für Ärzte**

Treuhand Hannover GmbH Steuerberatungsgesellschaft
Niederlassungen deutschlandweit, auch in
CHEMNITZ Carl-Hamel-Straße 3a · Tel. 0371 28139-0
DRESDEN Schützenhöhe 16 · Tel. 0351 80605-0
GÖRLITZ Hartmannstraße 3 · Tel. 03581 4741-0
LEIPZIG Richard-Wagner-Straße 2 · Tel. 0341 24516-0
ZWICKAU Dr.-Friedrichs-Ring 35 · Tel. 0375 39020-0

www.treuhand-hannover.de



erfolgreich steuern

pharmaka ist in der Regel der Gesamtextrakt Wirkstoff. Das bedeutet, dass nicht nur die Leitsubstanzen für die Wirkung verantwortlich sind, sondern auch Begleitstoffe. Diese könnten beispielsweise die Resorption verbessern. Bei Cannabis jedoch besteht der Expertenmeinung zufolge diesbezüglich erheblicher Forschungsbedarf.

Problematik der Indikationen der Cannabisverordnung

Im zu Grunde liegenden Bundesgesetz sind keine verwertbaren Aussagen zu Indikationen des Einsatzes von Cannabisblüten, Cannabisextrakt oder Reinsubstanzen zu finden. Das hat klare Gründe. Auf wissenschaftlicher Grundlage gibt es keine gesicherten Indikationen zur Cannabisanwendung. Cannabis kommt auf den ersten Rangplatz nicht bei einer einzigen Indikation vor. Versucht wurde auch häufig der Einsatz als Additivum zu first-line-Therapien ohne stringentes Ergebnis. Zweifels- ohne gibt es eine Unmenge an Erfahrungsberichten und Erfolgsmeldungen etc., deren Motivationslagen weitere Fragen aufwerfen. Fest steht jedoch: Seit Mitte des 19. Jahrhunderts hatte es Versuche auf verschiedensten Feldern gegeben, Cannabis als Medikament zu etablieren. Bis heute ist die wissenschaftliche Datenlage sehr schlecht und kann den medizinischen Einsatz nicht rechtfertigen. Ein gewisses Renommee haben Cannabisprodukte, hier insbesondere die THC-haltigen Produkte, bei Appetitstörungen und Übelkeit/Erbrechen, meist im Zusammenhang mit malignen Erkrankungen und deren gezielter Chemotherapie, zur Besserung von zum Beispiel typischen Nebenwirkungen.

Das nicht den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Verschreibung unterliegende Cannabidiol hat Effekte bei Spastik gezeigt, zum Beispiel im Zusammenhang mit Multipler Sklerose. Von Vorteil ist, dass dieser Reinsubstanz ein eigenes Suchtrisiko fehlt.

Durchweg problematisch erweisen sich alle Indikationen in der Schmerz-

therapie. Die Studienlage ist auch hier sehr schwach, um nicht zuzusagen schlecht und unbefriedigend. Das hängt mit den mehrfachen Überlappungen chronischer Schmerzen zwischen organischer, funktioneller und psychogener Genese zusammen, die selbst erfahrene Schmerztherapeuten an differentialdiagnostische Grenzen oder das Feld „diagnostischen Wohlmeinens“ führen. So haben wir erst vor kurzem von schmerztherapeutisch arbeitenden Kollegen Hinweise erhalten, dass sich bislang unbekannte Patienten mit den Selbstdiagnosen Kopfschmerzen, Migräne und andere an sie wenden, um Cannabisverordnungen einzufordern. Hier fällt dann die Entscheidung zwischen ärztlich gesehener Indikation oder medikamentösem Wunschkonzert. Für chronische und akute Schmerzen steht eine Vielzahl verschiedener und auch bewährter Präparate mit wissenschaftlich belegter Wirksamkeit zur Verfügung – Cannabis gehört nicht dazu.

Die gelegentlich in Diskussionen für Cannabisverordnung vertretene Ansicht, Opiate beziehungsweise Opioide sedierten bei chronischen Verläufen stärker als Cannabis, kann nicht gestützt werden. Bei stabiler Dosis pegelt sich eine mögliche Anfangssedation unter Opiaten rasch ein, wird die Dosis gesteigert, bleibt auch unter Cannabis dosisabhängig Sedation nicht auszuschließen. Wir verweisen hier nur auf die nach dem Gesetz mögliche monatlich zu verordnende Dosisgröße von 100 Gramm Cannabisblüten und mehr. Neben diesen vier häufig genannten Anwendungsbereichen Appetitstörungen, Übelkeit/Erbrechen, Spastik und Schmerz gibt es eine Anzahl anderer, mehr oder weniger exotischer Indikationen mit zweifelhafter pathophysiologischer Herleitung auf deren Erörterung wir verzichten.

Risiken und Kontraindikationen der Cannabisverordnung

Juristischen Risiken

Die Legislative im Bundestag hat mit ihrer politisch gewollten Entschei-

dung für dieses Gesetz die juristischen Risiken auf die Seite der Ärzte und ihrer Entscheidungen verlagert und unserem Berufsstand die Folgebelastung aufgebürdet. Im gesamten Gesetzestext findet sich kein Wort zu Risiken, sondern nur Ausführungen zu neuen Möglichkeiten. Von Suchtrisiko und seiner Förderung, von Folgekrankheiten, Schäden für die Prävention, von haftungsrechtlichen, strafrechtlichen, dann notwendigerweise auch berufsrechtlichen Sanktionen für Ärzte ist nichts zu finden.

Lebensalter der Konsumenten

Einschränkungen für die Cannabisanwendung aus dem Lebensalter der Konsumenten kommen in den gesetzlichen Grundlagen nicht vor, es waren auch zu den Anhörungen im Bundestag Vertreter von kinderärztlicher und kinderpsychiatrischer Seite nicht vertreten. Warnungen der einschlägigen Fachgesellschaften wurden zielstrebig überhört. Dabei haben Cannabis und Cannabisprodukte eine erhöhte lebensalterbezogene Schädlichkeit vor Abschluss der Hirnreifung. Die Hirnreifung endet aber bekanntermaßen in Mitteleuropa beim weiblichen Geschlecht mit 21 Jahren, beim männlichen Geschlecht mit 23. Vorher kann also ein gewissenhafter Arzt diese Substanzen nicht zur Anwendung bringen.

Psychiatrische Folgemorbidity

Zu beachten ist auch die psychiatrische Folgemorbidity. Das Vorkommen von schizophrenen Erkrankungen verdoppelt sich mindestens, Persönlichkeitsstörungen und Leistungsstörungen (Schulabschluss, Berufsabschluss) wegen anhedonisch-morosen Verstimmungszuständen und längerfristigen kognitiven Einbußen, die eine existenzielle Fehlentwicklung einleiten, drohen im Zusammenhang mit Cannabis. Die Risiken einer Kombination mit anderen Substanzen (Alkohol, illegale Drogen) muss ebenfalls berücksichtigt werden.

Fahreignung

Juristische Brisanz birgt auch die Frage der Fahreignung. Die regelmä-

Bigie Einnahme führt nach Fahrerlaubnisverordnung (FeV) Anlage 4 zur Nichteignung als Kraftfahrzeugführer. Die Bundesanstalt für das Straßenwesen bewertete 2015 die Medikamenteneinnahme wie folgt: „Für den Fall der Dauermedikation gilt gemäß Nr. 9.6.2 der Anlage 4 der FeV, dass die Fahreignung dann nicht gegeben ist, wenn die Leistungsfähigkeit zum Führen von Kraftfahrzeugen unter das erforderliche Maß beeinträchtigt ist. Die Überprüfung der Leistungsfähigkeit ist also bei allen Medikamenten, die regelmäßig eingenommen werden, gegebenenfalls im Rahmen einer Einzelfallprüfung durchzuführen.“ Nach dieser Empfehlung wären eine fachärztliche Begutachtung und eine MPU (Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit des Patienten) erforderlich. Wer wiederholt Cannabis konsumiert, ist nach Ansicht der Kommission „Sucht und Drogen“ dauerhaft fahruntauglich. Zur juristischen Sicherheit sollte sich jeder verordnende Arzt die Aufklärung und gründliche Information über diese Tatsache vom Konsumenten unterschriftlich bestätigen lassen. Öffentliche Diskussionen zu diesem Punkt, zur „toleranteren“ Beurteilung auffälliger Laborwerte sind das eine, Anklagen oder Urteile vom Gericht gegenüber Ärzten nach einem Unfall das andere. Das vorliegende Gesetz

regelt diesbezüglich nichts. Wir raten hier dringend zum Eigenschutz unserer ärztlichen Kollegen zum konsequenten Befolgen unserer Empfehlung.

Iatrogen geförderte Suchtentwicklung

Gleichermaßen kann zu einem späteren Zeitpunkt aus verschiedenen Gründen die Frage einer iatrogen geförderten Suchtentwicklung aufkommen. Zu erinnern ist hier an das bekannte Kölner Verwaltungsgerichtsurteil vom Juli 2014 (Az: 7 K 4447/11). Während des Verhandlungszeitraums stieg beim Kläger die monatliche Konsumdosis auf das Zehnfache an. Bevor juristische Konsequenzen resultieren, wird sich jeder Verordner in seinem Aufklärungsverhalten und den Dokumentationsstandards mit diesem Problem differenziert auseinandersetzen haben. Es kommt hier auch nicht nur auf die verdachtslenkende Dosissteigerung an.

Begleituntersuchungen

Die Verordnung von Cannabis und Cannabisprodukten soll eine Begleituntersuchung flankieren. Die wissenschaftlich qualifizierte, ursprünglich vorgesehene breite Erhebung wurde aus unklaren Gründen zusammengestrichen. Die beabsichtigte Begleit-

Zusammenfassung zur Anwendung von Cannabis/Cannabisprodukten in der Praxis

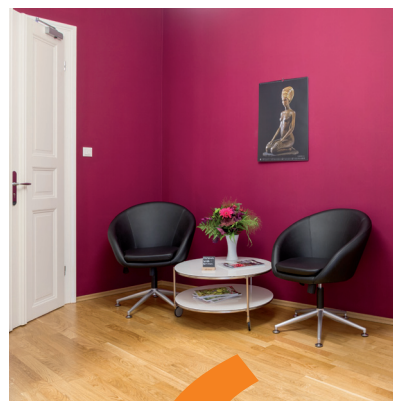
Vereinzelte Anwendung hat Cannabis gefunden bei:

- Appetitstörungen und Übelkeit/Erbrechen (bei malignen Erkrankungen und deren Chemotherapie)
- Spastik (zum Beispiel bei Multipler Sklerose)

Die Anwendung bei „chronischen Schmerzen unklarer Herkunft“ (mit sehr problematischer Differenzierung von psychogenen Schmerzen) muss Ausnahmen vorbehalten bleiben. Schon jetzt mehren sich die Hinweise schmerztherapeutisch tätiger Kollegen für steigende Inanspruchnahme durch Missbräuchler oder Abhängige, die über Deckdiagnosen Verordnung erzwingen wollen.

Vor der Verordnung von Cannabisblüten sollten die verfügbaren standardisierten, teilweise isolierten Inhaltsstoffe des Cannabis verordnet werden.

Für keine dieser Anwendungen gibt es gesicherte positive wissenschaftliche Studienergebnisse! Einzig der Arzt stellt die Indikation für die Verordnung!



Wir beraten Gesundheitsberufe

Beratung für wirtschaftlichen Erfolg

Beratung für Existenzgründer

Steuererklärungen

Jahresabschluss

Finanzbuchhaltung

Lohnbuchhaltung

Vermögensnachfolge

Unternehmensnachfolge

Betriebsprüfungen

ab'ovo

ab'ovo Steuerberatungsgesellschaft
Jana Renner/Anke Wolf
Partnerschaft mbB
Prellerstraße 27 · 01309 Dresden
Telefon: 0351 6561643-0

www.abovo-steuerberater.de

untersuchung ist so gestaltet, dass Ergebnisse erst 2022 zur Verfügung stehen werden. Es gehen also mindestens noch fünf Jahre ins Land, bis in einem breiteren Rahmen Daten – von vielleicht fraglicher Qualität und Zusammensetzung – zur Verfügung stehen. Die schwachen wissenschaftlichen Kenntnisse zum Cannabiseinsatz in der Medizin kommen dann auch in fünf Jahren nicht auf eine fundiertere Basis. Cannabisverordnung in der Medizin bleibt weiter Spielball einer fragwürdigen Drogenpolitik zwischen Wunschvorstellung, Ideologie und Obskurantismus.

Prävention

Der Schaden für die Prävention allerdings wird eine vielfältige Ausgestaltung gewinnen. Nach den voranlau-

fenden öffentlichen Diskussionen der letzten Jahre werden viele Kinder und Jugendliche die medizinische Verwendung von Cannabis als Einladung zu eigenem Konsum missverstehen. Suchtentwicklungen mit dem Herausfallen aus der sozialen Entwicklung werden resultieren.

Interessierten Kollegen können folgende Quellen für weiterführende Informationen genannt werden:

- Peter Cremer-Schaeffer: Cannabis – Was man weiß, was man wissen sollte; 2. aktualisierte Auflage, S. Hirzel Verlag, Stuttgart 2017
- FAQ-Liste zum Einsatz von Cannabis in der Medizin www.bundesärztekammer.de
- Franjo Grotenhermen/Klaus Häubermann: Cannabis. Verord-

nungshilfe für Ärzte; 1. Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbh, Stuttgart 2017

Das Sozialgericht Düsseldorf hat aktuell entschieden, dass ein Patient dann keinen Anspruch auf Kostenübernahme für eine Cannabisbehandlung durch die Krankenkasse hat, wenn die aktuellen Behandlungsmethoden noch nicht ausgeschöpft sind und vom behandelnden Arzt auch nicht begründet dargelegt wurde, dass die regulären Behandlungsmethoden beim Patienten keine Anwendung finden können (S 27 KR 698/17 ER).

Dr. med. Frank Härtel
Vorsitzender der Kommission
„Sucht und Drogen“

Startschuss Entlassmanagement

ab 1. Oktober 2017

Es ist soweit – der Rahmenvertrag Entlassmanagement tritt in Kraft.

Hier einige Kernaussagen:

- Das Krankenhaus prüft bei allen Patienten den Bedarf einer Anschlussversorgung und leitet gegebenenfalls notwendige Schritte ein.
- Das Krankenhaus stellt das Entlassmanagement über ein multidisziplinäres Team sicher und verwendet schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards.
- Im Internetauftritt müssen Krankenhäuser über das Entlassmanagement informieren.
- Für die Information und Einwilligung von Patienten werden die bundeseinheitlichen Formulare verwendet.
- Das Krankenhaus sichert durch Mitgabe eines vorläufigen oder endgültigen Entlassbriefs den Informationsfluss und führt bei Einwilligung der Patienten frühzeitig einen notwendigen Informationsaustausch mit dem

weiterbehandelnden und gegebenenfalls weiterversorgenden Leistungserbringern.

- Wenn es für die Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung unter medizinischen und organisatorischen Gesichtspunkten notwendig ist, darf die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie sowie die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bis zu sieben Tagen beziehungsweise in kleinster Packungsgröße erfolgen.
 - Das Verordnungsrecht bleibt Krankenhausärzten mit abgeschlossener Facharztweiterbildung vorbehalten.
- Das Krankenhaus erhält für das Entlassmanagement von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer. Diese ist vom Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements zu verwenden.
- Bis zur Etablierung einer Krankenhausarztnummer verwenden Krankenhäuser auf den Verordnungsmustern im Feld „Arzt-Nr.“

eine neunstellige Pseudo-Krankenhausarztnummer, die sich wie folgt zusammensetzt:

- Stellen 1-7: Pseudo-Krankenhausarztnummer „4444444“
- Stellen 8 und 9: Fachgruppen-code gemäß Anlage 3 der Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 S. 12 SGB V (Abrechnungsverfahren ambulante spezialfachärztliche Versorgung)
- Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen beauftragen die Druckereien, den Krankenhäusern Formulare bereitzustellen.

Link zur Rahmenvereinbarung: www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf

Empfehlen können wir auch die Umsetzungshinweise Entlassmanagement der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG): www.dkgev.de → Positionen & Themen → Personal & Organisation → Qualitätssicherung, KTQ → Umsetzungshinweise Entlassmanagement (18. Mai 2017)

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Ärzteblatt Sachsen 9/2017