

1. Facharztbezeichnung

*Bitte geben Sie Ihre Facharztbezeichnung an. Sollten Sie mehr als eine Facharztbezeichnung führen, wählen Sie bitte diejenige aus, die für die Behandlung mit Cannabisarzneimitteln am ehesten zutreffend ist. Sofern Sie sich derzeit in der Facharztweiterbildung befinden, wählen Sie bitte die erste Antwortoption "- Keine Facharztbezeichnung -" aus.

Anatomie

Führen Sie die folgenden Zusatzbezeichnungen? Falls ja, bitte zutreffendes Feld bzw. zutreffende Felder auswählen.

Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" Zusatzbezeichnung "Palliativmedizin"

2. Demographische Angaben zu der mit Cannabisarzneimitteln behandelten Person

*Wie alt war die behandelte Person, als Sie ihr erstmals Cannabisarzneimittel verordnet haben?

1 Jahr

*Welches Geschlecht hat die mit Cannabisarzneimitteln behandelte Person?

Männlich Weiblich

3. Diagnosen nach ICD 10-GM

Geben Sie bitte mindestens eine Diagnose nach ICD 10-GM ein, die zur **Verordnung** von Cannabisarzneimitteln geführt hat. Sie können bis zu **drei relevante Hauptdiagnosen** eingeben. Dabei kann es sich um eine konkrete Erkrankung (z.B. Tourettesyndrom) oder um eine Symptomatik (z.B. chronische Schmerzen) handeln. Bitte geben Sie den ICD 10-GM-Code mindestens in der dreistelligen allgemeinen Systematik ein, d.h. genau ein Großbuchstabe (nicht "U") unmittelbar gefolgt von 2 Ziffern (z.B. R52). Die Eingabe der vier- oder fünfstelligen Systematik (z.B. R52.1, M25.21) ist ebenfalls möglich.

Bitte geben Sie zwischen 1 und 3 Antworten ein.

Bitte überprüfen Sie das Format Ihrer Antwort.

Diagnose-Code (relevante Hauptdiagnose)

Diagnose-Code (relevante Hauptdiagnose)

Diagnose-Code (relevante Hauptdiagnose)

Geben Sie hier bitte **optional** die Diagnose(n) nach ICD 10-GM ein, die **zusätzlich** für die **Beurteilung der Therapie mit Cannabisarzneimitteln** relevant sind.

Diagnose-Code (relevante Nebendiagnose)

Diagnose-Code (relevante Nebendiagnose)

Diagnose-Code (relevante Nebendiagnose)

4. Erkrankungsdauer

*Geben Sie bitte die Dauer der Erkrankung an, die die Behandlung mit Cannabisarzneimitteln erforderlich machte. Wählen Sie dazu bitte die Zeitangabe aus der Liste aus, die der Erkrankungsdauer am nächsten kommt.

Bitte auswählen...

5. Vorhergehende Therapien

*Bitte geben Sie bis zu fünf vorhergehende Therapien und den Grund für den Abbruch der jeweiligen Therapie an. Sobald Sie eine Therapie eingegeben haben, erscheint ein neues Eingabefeld für Therapie und jeweiligen Abbruchgrund.

Machen Sie hier bitte Angaben zur **ersten bisher durchgeführten Therapie** mit zugelassenen Fertigarzneimitteln oder Rezepturarzneimitteln, operativen und/oder physikalischen Verfahren.

Physikalische Therapiemaßnahme
 Operative Therapiemaßnahme
 Schmerztherapie mit nichtsteroidalen antientzündlichen Arzneimitteln (z.B. ASS, Paracetamol, Ibuprofen, Metamizol, Naproxen etc.)
 Schmerztherapie mit Opiaten/Opioiden (z.B. Morphin, Fentanyl, Buprenorphin etc.)
 Therapie mit Antidepressiva (z.B. Amitriptylin, Nortriptylin, Venlafaxin, Duloxetin etc.)
 Andere Therapiemaßnahmen

*Aus welchem Grund wurde diese Therapie nicht fortgeführt?

Nebenwirkungen Mangelnder Therapieerfolg
 Kontraindikationen Sonstige Gründe:

Optional: Machen Sie hier bitte Angaben zu einer **weiteren durchgeführten Therapie** mit zugelassenen Fertigarzneimitteln oder Rezepturarzneimitteln, operativen und/oder physikalischen Verfahren.

Physikalische Therapiemaßnahme
 Operative Therapiemaßnahme
 Schmerztherapie mit nichtsteroidalen antientzündlichen Arzneimitteln (z.B. ASS, Paracetamol, Ibuprofen, Metamizol, Naproxen etc.)
 Schmerztherapie mit Opiaten/Opioiden (z.B. Morphin, Fentanyl, Buprenorphin etc.)
 Therapie mit Antidepressiva (z.B. Amitriptylin, Nortriptylin, Venlafaxin, Duloxetin etc.)
 Andere Therapiemaßnahmen
 Keine Antwort

6. Betäubungsmittelerlaubnis

*War Ihre Patientin bzw. Ihr Patient vor der ersten Verordnung von Cannabisarzneimitteln im Besitz einer Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Absatz 2 Betäubungsmittelgesetz zum Zweck der ärztlich begleiteten Selbsttherapie?

Ja Nein Nicht bekannt

*Hat Ihre Patientin bzw. Ihr Patient von dieser Erlaubnis Gebrauch gemacht?

Ja Nein Nicht bekannt

7. Verordnetes Cannabisarzneimittel

*Welches Cannabisarzneimittel haben Sie **zuletzt** für die betreffende Person verordnet?

Cannabisblüten Dronabinol (z.B. als Rezeptur oder Marinol®) Sativex®
 Cannabisextrakt Nabilon (z.B. Canemes®)

*Haben Sie bereits zuvor bei derselben Person eine Therapie mit einem anderen Cannabisarzneimittel durchgeführt?

Ja Nein

*Mit welchem?

Cannabisblüten Dronabinol (z.B. als Rezeptur oder Marinol®) Sativex®
 Cannabisextrakt Nabilon (z.B. Canemes®)

Sollten Sie bereits mehrere andere Cannabisarzneimittel verordnet haben, wählen Sie bitte hier dasjenige aus, das Sie unmittelbar vor dem oben genannten verordnet haben.

8. Dosierung und Art der Anwendung

*Bitte geben Sie hier die genaue Dosierung und die Art der Anwendung, bei Cannabisblüten und Cannabisextrakten auch die Sorte an, so wie Sie sie bei der **ersten Verordnung** auf dem Betäubungsmittelrezept eingetragen haben (bitte in jedem Fall die Tagesdosis mit Mengeneinheit angeben (z.B. Hübe, mg, g, ml):

*Wurde im Verlauf der Therapie die Dosierung, die Sorte oder die Art der Anwendung verändert?

Ja Nein

*Was wurde geändert?

Bitte wählen Sie mindestens eine Antwort.

Dosierung wurde erhöht Sorte wurde umgestellt Andere Änderungen:
 Dosierung wurde vermindert Art der Anwendung wurde umgestellt

9. Behandlungsdauer

*Wie lange wurde mit dem zuletzt verordneten Cannabisarzneimittel behandelt? (Bitte beachten Sie, dass eine Angabe <12 Monate nur in Frage kommt, falls die Therapie vor Ablauf eines Jahres beendet/abgebrochen wurde (s. Frage 13).)

2 Monate

10. Parallele Verordnungen

Sofern zutreffend geben Sie hier bitte die Arzneimittelbezeichnungen und Formen der physikalischen Therapie an, die Ihre Patientin bzw. Ihr Patient während der Anwendung von Cannabisarzneimitteln - unabhängig von der Zweckbestimmung - gleichzeitig erhalten hat. Ist dies nicht der Fall gewesen, lassen Sie das Feld bitte leer.

11. Therapieerfolg

*Welche Symptomatik wurde primär mit Cannabisarzneimitteln bei der von Ihnen behandelten Person therapiert?

Schmerz Anorexie / Wasting
 Spastik Sonstiges:

*Wie beurteilen Sie den Therapieerfolg in Bezug auf die primäre Symptomatik?

Deutlich verbessert
 Moderat verbessert
 Unverändert
 Moderat verschlechtert
 Deutlich verschlechtert

12. Nebenwirkungen der Behandlung mit Cannabisarzneimitteln

*Welche Nebenwirkungen sind während der Therapie mit Cannabisarzneimitteln bei der betreffenden Person aufgetreten?

Bitte wählen Sie mindestens eine Antwort.

Keine bzw. keine der aufgeführten Nebenwirkungen Tachykardie Gedächtnisstörungen Suizidgedanken
 Übelkeit Palpitationen Dysarthrie Wahnvorstellungen
 Erbrechen Hypertonie Desorientierung Sinnestäuschungen
 Appetitsteigerung Hypotonie Müdigkeit Halluzinationen
 Gewichtszunahme Schwindel Schläfrigkeit Dissoziation
 Konstipation Gleichgewichtsstörungen Lethargie
 Diarrhö Verschwommenes Sehen Euphorische Stimmung
 Mundtrockenheit Aufmerksamkeitsstörungen Depression

Sofern Sie keine Nebenwirkungen beobachtet haben, wählen Sie bitte die **erste Antwortoption** "Keine bzw. keine der aufgeführten Nebenwirkungen". Sofern Sie andere Nebenwirkungen als die aufgeführten beobachtet haben, wählen Sie bitte ebenfalls die erste Antwortoption "Keine bzw. keine der aufgeführten Nebenwirkungen" und tragen zusätzlich die beobachtete(n) Nebenwirkung(en) im darunter stehenden optionalen Feld "Andere Nebenwirkungen" komma-getrennt ein.

(Optional) Andere Nebenwirkungen:

13. Therapieabbruch

*Wurde die zuletzt verordnete Therapie mit Cannabisarzneimitteln abgebrochen/vor Ablauf eines Jahres beendet?

Ja Nein

*Was waren die Gründe für den Therapieabbruch/für die Beendigung der Therapie vor Ablauf eines Jahres?

Nicht ausreichende Wirkung Wechselwirkungen Andere Gründe
 Nebenwirkungen Keine weitere Therapienotwendigkeit für Cannabisarzneimittel

*Bitte geben Sie stichwortartig an, welche Nebenwirkungen, Wechselwirkungen oder sonstigen Gründe zum Abbruch der Therapie geführt haben:

14. Lebensqualität

*Wie hat sich die Lebensqualität der mit Cannabisarzneimitteln behandelten Person unter der Behandlung verändert?

Deutlich verbessert
 Moderat verbessert
 Unverändert
 Moderat verschlechtert
 Deutlich verschlechtert

Kommentar (optional)

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme. Die Ergebnisse dieser Begleiterhebung werden nach Abschluss der Datenerhebung und -auswertung auf der Homepage des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte