

Jacke, Christian O.

Research Report

Verordnung cannabinoidhaltiger Arzneimittel in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Privatversicherten (2017-2020)

WIP-Kurzanalyse, No. Juni 2022

Provided in Cooperation with:

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Suggested Citation: Jacke, Christian O. (2022) : Verordnung cannabinoidhaltiger Arzneimittel in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Privatversicherten (2017-2020), WIP-Kurzanalyse, No. Juni 2022, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/273247>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Christian O. Jacke

Verordnung cannabinoidhaltiger Arzneimittel in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Privatversicherten (2017-2020)



Christian O. Jacke

Verordnung cannabinoidhaltiger Arzneimittel in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Privatversicherten (2017-2020)

Hintergrund

Das Gesetz "Cannabis als Medizin" ist seit März 2017 in Kraft und beabsichtigte, die Palliativversorgung der Krankenversicherten zu verbessern [1]. Die gesetzliche Grundlage schuf die Änderung des § 31 Absatz 6 SGB V, nach der niedergelassene Ärzte cannabinoidhaltige Fertigarzneimittel und Zubereitungen für Personen mit schwerwiegenden Erkrankungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnen dürfen [2, 3]. Liegen nach ärztlicher Einschätzung die Voraussetzungen zur Behandlung mit Cannabisarzneimitteln vor, kann eine Genehmigung zur Behandlung und Kostenübernahme in einer GKV beantragt werden (Genehmigungsvorbehalt). Fällt die GKV-seitige Genehmigung positiv aus, kann das Cannabisarzneimittel zu Lasten der GKV verordnet werden.

Kostenübernahme bei Privatversicherten

Den Genehmigungsvorbehalt gibt es in der PKV nicht. Davon abgesehen gelten die Voraussetzungen und Bedingungen zur Kostenübernahme in der Privaten Krankenversicherungen (PKV) analog. Sie sind in den allgemeinen Musterbedingungen der PKV enthalten [4]. Privatversicherte können – wie jedes andere Arzneimittel auch – cannabinoidhaltige Arzneimittel beziehen, wenn eine ärztliche Verordnung vorhanden ist und das Arzneimittel aus einer Apotheke bezogen wird. Zusätzlich muss im konkreten Fall die medizinische Notwendigkeit gegeben sein und die Therapie den Regeln der Schulmedizin entsprechen oder geeignete schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel fehlen. Außerdem müssen im besonderen Falle von Cannabis-Arzneimitteln die Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes beachtet werden [4].

Ziel der Kurzanalyse

Die Erfassung der mengen- und ausgabenbezogenen Verordnungen von cannabinoidhaltigen Arzneimitteln und Zubereitungen ist eine Möglichkeit, die Relevanz für Versicherte und Kostenträger zu beschreiben. Die zusätzliche Einordnung nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Bezieher sowie der zusätzlich verordneten Medikamente im ambulanten Versorgungssetting kann einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Zielsetzung der Gesetzesanpassung anbieten.

Ergebnisse

In Deutschland ist die Menge an abgegebenen cannabinoidhaltigen Arzneimitteln und Zubereitungen von anfänglichen 60 Tsd. Packungen um mehr als das 6-fache auf 368 Tsd. Packungen gestiegen. Im Verlauf der 4 Jahre zwischen 2017 und 2020 ist der Bedarf an Zubereitungen um das 15-fache gewachsen. Bei den Fertigarzneimitteln um nahezu das Doppelte. Das rechnungsbezogene Volumen ist von 20,3 Mio. € (2017) auf 176,0 Mio. € angestiegen. Die zunächst skeptische und zögerliche Haltung insbesondere gegenüber

Medizinal-Cannabisblüten, wie sie in der Ärzteschaft in den Anfängen vermutet wurde [5], scheint abgelegt. Die Tabelle 1 zeigt Details.

Tabelle 1: Verordnungen von cannabinoidhaltigen Fertigarzneimitteln und Zubereitungen in Deutschland von 2017 bis 2020

Kostenträger	Einheit	Bezeichnung	Jahr			
			2017	2018	2019	2020
GKV	Packungen	Zubereitungen	18.300	138.721	211.965	266.054
		Fertigarzneimittel	38.200	46.649	58.532	74.111
		Summe	56.500	185.370	270.497	340.165
	Rechnungsbeträge in Mio. €	Zubereitungen	7,0	59,0	104,2	127,2
		Fertigarzneimittel	12,0	14,7	20,2	38,1
		Summe	19,0	73,7	124,4	165,3
PKV ^a	Packungen	Zubereitungen	908	5.683	11.117	21.454
		Fertigarzneimittel	2.993	5.191	5.980	7.161
		Summe	3.901	10.874	17.097	28.615
	Rechnungsbeträge in Mio. €	Zubereitungen	0,3	2,0	4,1	7,8
		Fertigarzneimittel	0,9	1,6	1,9	3,1
		Summe	1,2	3,6	6,0	10,9
Gesamt	Packungen	Zubereitungen	19.208	144.404	223.082	287.508
		Fertigarzneimittel	41.193	51.840	64.512	81.272
		Summe	60.401	196.244	287.594	368.780
	Rechnungsbeträge in Mio. €	Zubereitungen	7,4	61	108	135
		Fertigarzneimittel	12,9	16	22	41
		Summe	20,3	77	130	176

Legende: (a) Gebundene Hochrechnung mit Kopfschäden vom 08.09.2021, Datenbank vom 27.04.2022, zeitliche Aufteilung nach Einreichungsjahr, (Zubereitungen) sind 6460671, 6460754, 6460748, 6460665, 6460694, (Fertigarzneimittel) sind Canemes, Epidyolex, Sativex

Quelle: WIP 2022, Arzneiverordnungs-Report 2018, WidO PharMaAnalyst, GAmSi 2019-2020

Im Vergleich der Kostenträger ist der Packungsbedarf der gesetzlich Versicherten um durchschnittlich 1,3 % etwas langsamer als bei den Privatversicherten mit durchschnittlich 1,6 % pro Jahr gewachsen. Im Bereich der Zubereitungen gab es in der PKV mit 5,7 % pro Jahr stärkere Zuwächse (GKV: 3,4 % p.a.) als bei den Fertigarzneimittel mit 0,3 % pro Jahr (GKV: 0,2 % p.a.).

PKV-Marktanteile

Neben der zeitlichen Dynamik ist zudem das Niveau des jeweiligen Bedarfs relevant. Aus dieser Perspektive schwankt der PKV-Marktanteil zwischen 5,5 % (2018) und 7,8 % (2020). Bei den Zubereitungen ist die Schwankungsbreite der PKV-Marktanteile mit 3,9 % (2018) und 7,5 % (2020) sogar noch etwas höher als bei den Fertigarzneimitteln, bei denen sich die Schwankungen zwischen 7,3 % (2017) und 10,0 % (2018) bewegen. Allen Produktarten je Beobachtungsjahr ist gemeinsam, dass sie einen erwartbaren PKV-Bevölkerungsanteil von 11 % nicht überschreiten. Die Abbildung 1 kann dies verdeutlichen.

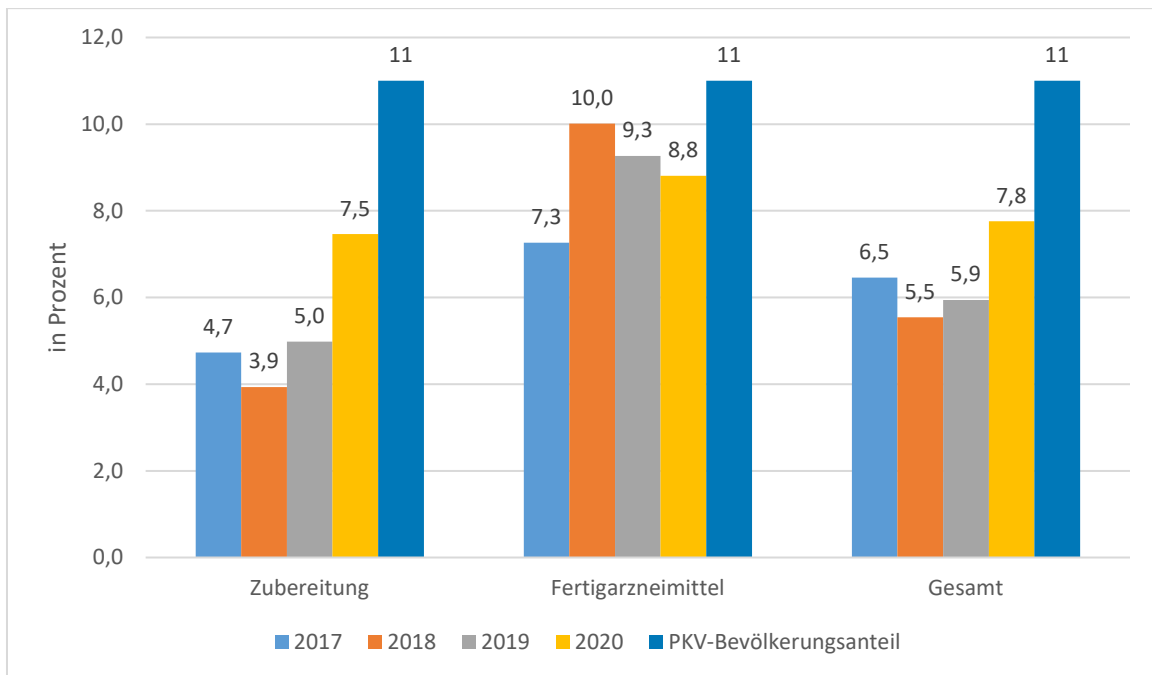


Abbildung 1: Packungsbezogene PKV-Marktanteile von cannabinoidhaltigen Fertigarzneimitteln und Zubereitungen von 2017 bis 2020

Einen überproportionalen, prävalenzbezogenen Bedarf der Privatversicherten mit einem Marktanteil jenseits des 11-%- PKV-Bevölkerungsanteils bei den cannabinoidhaltigen Arzneimitteln und Zubereitungen lässt sich anhand dieser Zahlen nicht ableiten. Trends gibt es zwei. Der PKV-Marktanteil wächst bei den Zubereitungen und sinkt seit 2018 bei Fertigarzneimitteln, was einen insgesamt wachsenden PKV-Marktanteil bis 2020 erzeugt. Diese wachsende Nachfrage der Privatversicherten erzeugt in Folge der Verhältniszahlen einen sinkenden Marktanteil der gesetzlich Versicherten.

Altersstruktur der nachfragenden Privatversicherten

Der Verteilung aller cannabinoidhaltigen Fertigarzneimittel und Zubereitungen über das Alter kann Anhaltspunkte für das Ziel, die palliative Versorgung zu verbessern, geben. Die größte Gruppe der nachfragenden Privatversicherten war die Altersgruppe zwischen 60 bis 69 Jahre im Jahr 2020 mit 24 %, gefolgt von der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen sowie den 70- bis 79-Jährigen mit jeweils 21 %. Alle anderen Altersgruppen liegen nahe der 10 Prozenzhürde oder klar darunter.

Über die Zeit betrachtet ergeben sich zudem unterschiedliche Trends an Bedarfen. Rückläufige Entwicklungen zeigen sich besonders bei den 40- bis 59-Jährigen sowie den über 90-Jährigen. Wachsenden Bedarf zeigen die jüngeren Altersgruppen bis 39 Jahren sowie 70 bis 89jährigen. Die Verhältnisse und Entwicklungen zeigt die Abbildung 2.

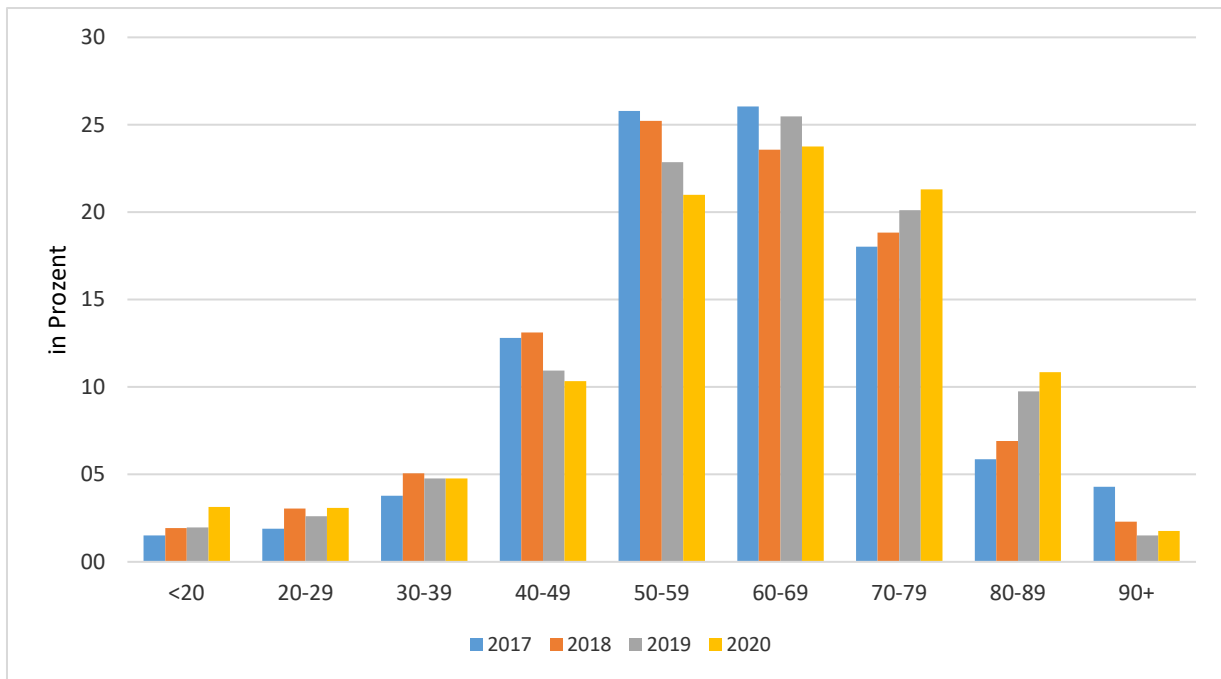


Abbildung 2: Anteil von Privatsicherten, die cannabinoidhaltige Fertig Arzneimittel und Zubereitungen von 2017 bis 2020 bezogen

Geschlechterstruktur der nachfragenden Privatversicherten

Der wachsende Bedarf entfiel im Jahr 2020 auf insgesamt N=5.877 Personen, von denen 54 % männlich und 46 % weiblich waren. Die männlichen Privatversicherten zeigten zunächst einen höheren Bedarf in den jüngeren Lebensjahren, der mit den Altersdekaden stufenweise abnahm.

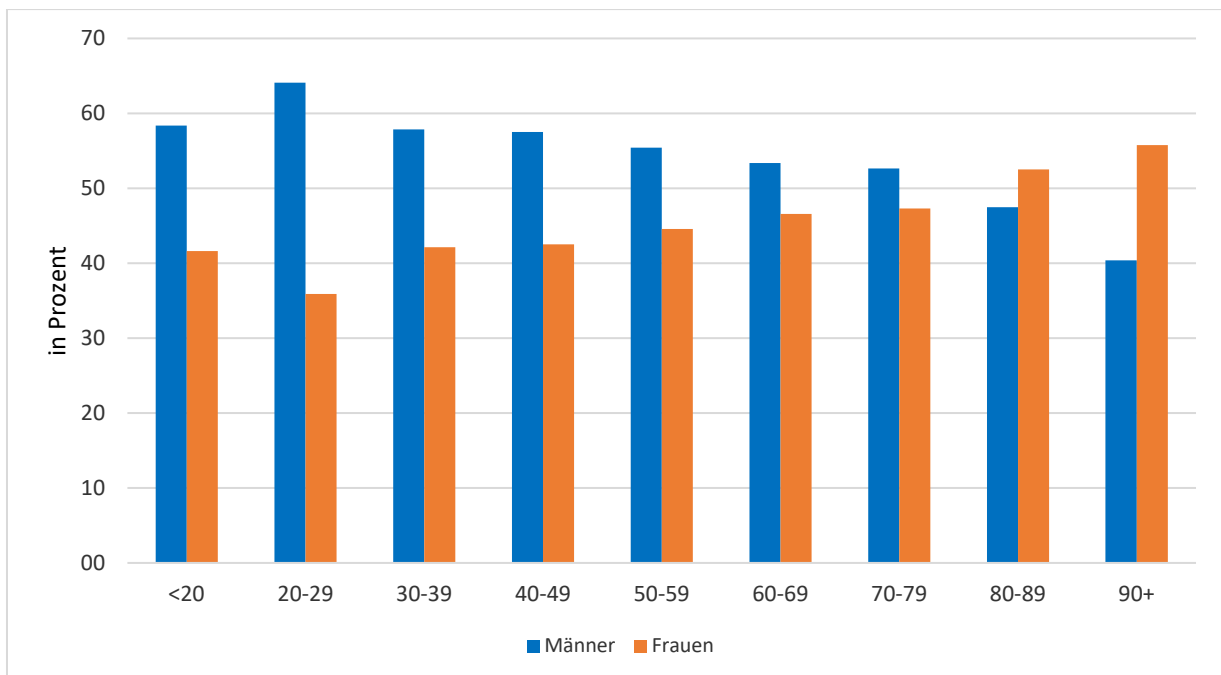


Abbildung 3: Anteil von männlichen und weiblichen Privatsicherten mit cannabinoidhaltigen Fertig Arzneimittel und Zubereitungen im Jahr 2020

Die weiblichen Privatversicherten zeigten im Verhältnis dazu einen vergleichsweise geringeren Bedarf in jüngeren Lebensjahren. Mit jeder Altersdekade nimmt aber ihr Versorgungsanteil kontinuierlich zu. In der Altersgruppe der Hochbetagten (ab 80 Jahre) übersteigt der Anteil der nachfragenden Frauen schließlich den Anteil der Männer.

Unterschiede zwischen GKV und PKV

Die Geschlechterverhältnisse der Cannabisbezieher in GKV und PKV ähneln sich sehr stark, wenn man die rohen, nicht altersstandardisierten Verteilungszahlen betrachtet. Insgesamt bezogen 54 % der männlichen und 46 % der weiblichen GKV-Versicherten eine Cannabisverordnung unter Verwendung der Verteilungen von 2017 [6].

Die meisten Verordnungen entfielen mit 37,1 % auf die weiblichen GKV-Versicherten im Alter von 50 bis 59 Jahren. In der PKV waren es die 60- bis 69-Jährigen mit 29,1 %. Bei den Männern erhielten die 50- bis 59-Jährigen mit 24,1 % in der GKV die meisten Verordnungen, die aber noch etwas unterhalb der privatversicherten Bezieher der gleichen Altersklasse mit 28,5 % lagen. Details zeigt die Abbildung 4.

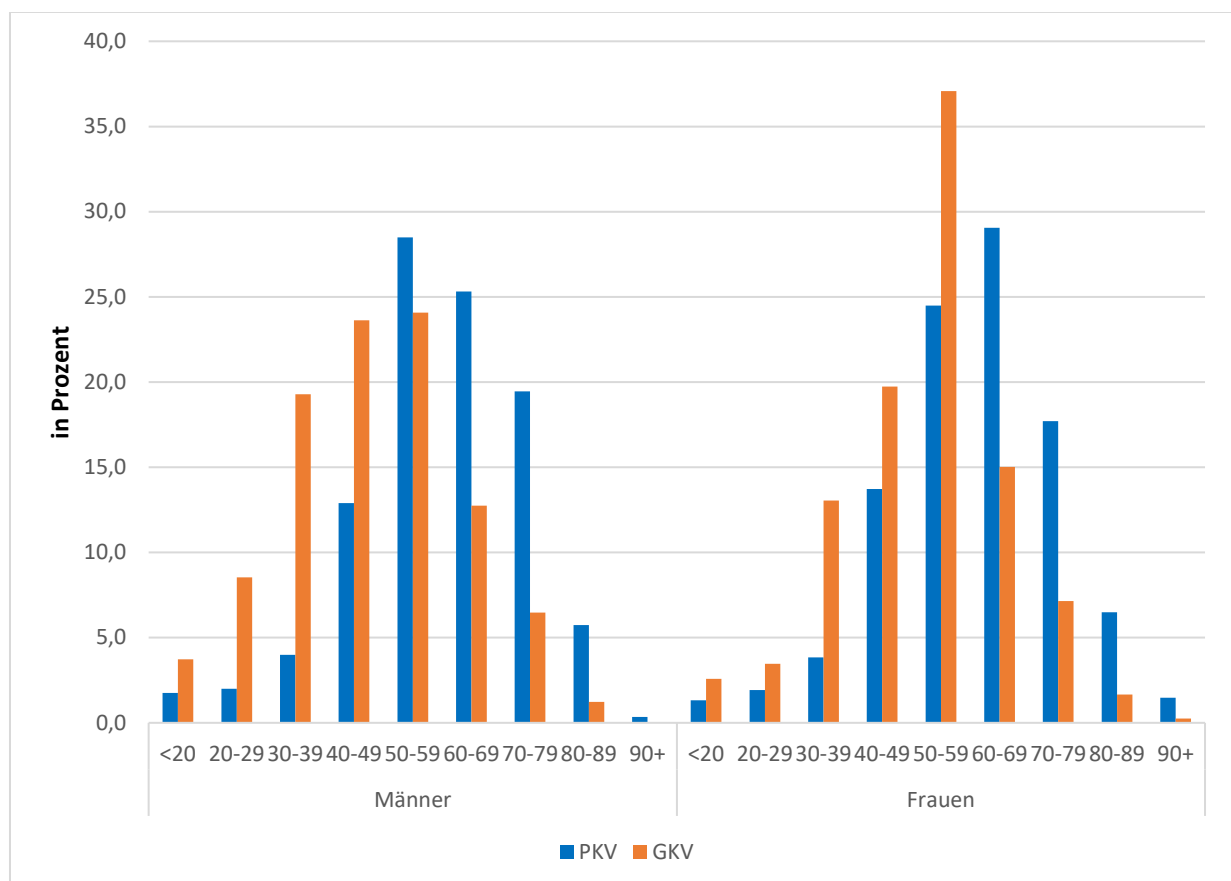


Abbildung 4: Anteile von männlichen und weiblichen GKV- und PKV-Versicherten mit cannabinoidhaltigen Fertigarzneimitteln und Zubereitungen im Jahr 2017

Der Vergleich zwischen den GKV- und PKV-Versicherten zeigt ein auffälliges Muster. Bis zu einem Alter von 49 Jahren bei den Männern (59 Jahren bei den Frauen) erhalten mehr männlich GKV-Versicherte Zugang zu cannabinoidhaltigen Arzneimitteln und Zubereitungen. Ab einem Alter von 50 Jahren (60 Jahren bei den Frauen) haben Privatversicherte einen höheren Versorgungsanteil.

Therapeutischer Einsatz (Indikationen)

Die cannabinoidhaltigen Arzneimittel und Zubereitungen werden generell bei Schmerzen (ca. 73 %), Neubildungen/Krebs (ca. 18 %), Spastik (ca. 10 %), Anorexie/Wasting (ca. 6 %), Multiple Sklerose (ca. 6 %), Übelkeit/Erbrechen (ca. 5 %), Depression (ca. 3 %), Migräne (ca. 2 %), ADHS, Appetitmangel/Inappetenz, entzündliche Darmkrankheit, Tic-Störung/Tourette-Syndrom, Epilepsie (alle ca. 1 %), Restless legs Syndrom, Insomnie/Schlafstörung und Clusterkopfschmerz (alle weniger als 1 %) eingesetzt [7].

Zu den Privatversicherten liegen keine Diagnosedaten vor, um die therapeutischen Einsatzgebiete abschätzen zu können. Anhaltspunkte zu den zugrundeliegenden Erkrankungen ergeben sich jedoch aus den Arzneimitteln, die in der ambulanten Versorgung zum Einsatz kommen. Eine Person kann dabei mehrere Medikamente einnehmen, ohne dass diese Aggregatstatistik diese voneinander unterscheidet. Die Tabelle 2 zeigt die Entwicklungen.

In beiden Geschlechtern gehören Arzneimittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem als eine Grunderkrankung zur wichtigsten Arzneimittelgruppe. Bei Frauen, und etwas abgeschwächt bei den Männern, haben u.a. Mittel zur Behandlung des Nervensystems, wie Betäubungs-, Schmerz-, Epilepsie- oder Parkinsonmittel eine über die Zeit stabile und hohe Bedeutung. Gleiches gilt für die folgende ATC-Hauptgruppe A, zu der u.a. Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen (Antiemetika), Abführ-, Durchfall-, Diabetes- oder andere Mittel aus dem Bereich Ernährung und Stoffwechsel sowie Vitaminen und Mineralstoffe angehören. Über die restlichen ATC-Hauptgruppen zeigt sich eine vergleichbare Relevanz zwischen den beiden Geschlechtern. Unter der ATC-Hauptgruppe „Miss“ verbergen sich Arzneimittel oder Produkte ohne Pharmazentralnummer (PZN), die in einer Apotheke bezogen werden können. Eine Zuordnung zu einer ATC-Hauptgruppe ist nicht möglich.

Tabelle 2: Anteil von Arzneimittelpackungen in Prozent nach Anatomisch-Therapeutischen Hauptgruppen parallel zum Bezug von cannabinoidhaltigen Arzneimitteln und Zubereitungen von weiblichen und männlichen Privatversicherten von 2017 bis 2020

Geschlecht	ATC	Anatomisch-therapeutische Hauptgruppen	2017	2018	2019	2020
Frauen	C	Kardiovaskuläres System	12,7	13,1	13,7	14,6
	N	Nervensystem	11,5	11,4	11,5	11,9
	Miss	Fehlende Angaben	11,7	11,5	11,7	11,6
	A	Alimentäres System und Stoffwechsel	11,5	11,3	11,0	10,9
	R	Respirationstrakt	10,7	10,6	9,9	8,6
	J	Antiinfektiva für systemische Gabe	7,1	7,2	7,2	7,5
	H	Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone)	5,6	5,7	5,7	5,8
	M	Muskel- und Skelettsystem	6,0	5,9	5,7	5,5
	D	Dermatika	5,2	5,3	5,2	5,4
	S	Sinnesorgane	4,5	4,6	4,8	4,7
	G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	4,6	4,6	4,5	4,4
	B	Blut und blutbildende Organe	3,5	3,6	3,6	3,7
	V	Verschiedene	3,5	3,4	3,5	3,5
	L	Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen	1,5	1,4	1,4	1,3
	P	Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien	0,4	0,5	0,4	0,4
Männer	C	Kardiovaskuläres System	19,8	20,3	20,8	21,8
	A	Alimentäres System und Stoffwechsel	12,1	12,0	11,8	11,8
	Miss	Fehlende Angaben	11,0	10,6	10,7	10,6
	N	Nervensystem	9,8	9,7	9,7	9,9
	R	Respirationstrakt	9,9	9,7	9,1	7,9
	J	Antiinfektiva für systemische Gabe	6,2	6,2	6,2	6,5
	B	Blut und blutbildende Organe	5,5	5,6	5,7	5,8
	M	Muskel- und Skelettsystem	6,4	6,3	6,0	5,8
	D	Dermatika	5,4	5,4	5,4	5,4
	S	Sinnesorgane	3,8	3,8	3,9	3,9
	V	Verschiedene	3,3	3,3	3,5	3,4
	G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	2,7	2,7	2,8	2,9
	H	Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone)	2,8	2,8	2,8	2,8
	L	Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen	1,2	1,2	1,2	1,1
	P	Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien	0,3	0,3	0,3	0,3

Legende: (a) Gebundene Hochrechnung mit Kopfschäden vom 08.09.2021, Datenbank vom 27.04.2022, zeitliche Aufteilung nach Einreichungsjahr, (Miss) Arzneimittel ohne Pharmazentralnummer, Doppelzählungen möglich

Quelle: WIP 2022

Diskussion

Insgesamt hat der Cannabis-Markt in Deutschland stark an Bedeutung gewonnen. Die Anzahl der eingereichten Verordnungen zwecks Abrechnung bewegt sich bei den Privatversicherten deutlich unter 11 %, dem Anteil, den man aufgrund des PKV-Bevölkerungsanteils hätte erwarten können. Allerdings ist der Bedarf bei den Privatversicherten, vom niedrigeren Niveau als in der GKV ausgehend, etwas stärker gewachsen als in der GKV. Die Zubereitungen verweisen dabei auf einen zunehmenden Trend gegenüber einer abnehmenden Entwicklung der Fertigarzneimittel. Trotz aller Niveau-Unterschiede zwischen PKV und GKV gleichen sich die Bedarfe der Versichertenpopulationen in diesem Aspekt.

Dynamisches Verhältnis der Alters- und Geschlechterverteilung

Die Betrachtung der Alters- und Geschlechterverteilung der nachfragenden Privatversicherten sorgt für Aufmerksamkeit, da relativ gesehen mehr jüngere bis 39 Jahren und ältere Personen ab 80 Jahren verstärkt Cannabis nachfragten (Beobachtung 1 aus Abb. 2) und zunächst mehr Männer in jungen Lebensjahren stärker Cannabis nachfragen als junge Frauen – und in späteren Altersdekaden sich dieses relative Verhältnis zwischen Männern und Frauen dann umkehrt (Beobachtung 2 aus Abb. 3 und 4). Was könnte diese Muster erklären?

Zu Beobachtung 1 kann man zunächst einmal die Entwicklungen so hinnehmen und mit den steigenden Bedarfen der jüngeren und älteren eine relative Verschiebung in der Altersverteilung beobachten. Zusätzlich hinzukommende Personen lösen dann einen rein numerischen Effekt aus, sofern die Anzahl der anderen Personengruppen (hier mittlere Altersklassen) konstant bleiben. Dieser Effekt kann aber noch nicht den wachsenden Anteil der Bezieher in den jüngeren (älteren) Altersgruppen an sich erklären.

Eine Ursache dafür kann im grundsätzlichen Aufbau der PKV-Population begründet liegen. Aus PKV-Verbandsstatistiken ist bekannt, dass es mehr Männer als Frauen (Geschlechterverhältnis ist 2/3 zu 1/3 oder 2:1) gibt [8]. Falls mehr jüngere Männer einen höheren Bedarf oder leichteren Zugang zu Cannabis erhalten, kann ihr Anteil als Cannabisbezieher insgesamt höher ausfallen. Auffällig ist nur, dass es auch in der GKV einen wachsenden und höheren Anteil an jungen Männern gibt als an Frauen – obwohl hier *keine* ungleiche Geschlechterverteilung in der Population wie in der PKV vorliegt. Damit dürfte dieses Erklärungsmuster wenig plausibel sein.

Als weitere Ursache kann man alters- und geschlechterspezifische Unterschiede in der Krankheitslast in die Überlegungen einbeziehen. Vernachlässigt man einmal die tendenziell eher altersbezogenen Gruppen von Schmerzen und Neubildungen/Krebs, dann sind bei den restlichen Behandlungsanlässen mit Cannabis möglicherweise alters- und geschlechtsspezifische Ursachen eine Erklärung für die erhöhte Inanspruchnahme. Beispielsweise sind Jungen und jungen Männer etwas häufiger von ADHS betroffen als Mädchen oder junge Frauen [9]. Dem stünden allerdings Krankheitsbilder wie Anorexie/Wasting oder Depressionen gegenüber, die häufiger bei Mädchen und jungen Frauen diagnostiziert werden [9, 10]. Die Indikationen, Grundleiden oder Auswertungen zu den ATC-Codes zu den Privatversicherten konnten hier keinen substantiellen Erklärungsbeitrag liefern, um weitere Hinweise zu den Grundleiden der betroffenen Personen zu liefern.

In späteren Altersdekaden dürfte die Übersterblichkeit der Männer gegenüber den Frauen ab etwa dem 50. Lebensjahr einen wesentlichen Erklärungsbeitrag dafür liefern, dass Frauen gegenüber den männlichen Beziehern relativ mehr an Bedeutung gewinnen [11]. Das längere

Lebenszeitrisko der Frauen geht einher mit einer wachsenden Krankheitslast, in der cannabinoidhaltige Arzneimittel eine zusätzliche sinnvolle Therapieerweiterung abbilden kann.

Gemeinsamkeiten zwischen GKV- und PKV-Versicherten

Die Verordnungszahlen von cannabinoidhaltigen Arzneimitteln verteilen sich, unabhängig von der Altersverteilung, sehr ähnlich auf Männer und Frauen. In diesem Punkt stimmen die Zahlen der Privatversicherten mit den Lageparametern der gesetzlich Versicherten nahezu überein [6, 7]. Gleiches gilt für den höheren Anteil an nachfragenden Männern in jungen Altersdekaden sowie dem höheren Anteil an nachfragen Frauen in höheren Altersdekaden [6, 12].

Kostenträgerübergreifend stammen die BezieherInnen überwiegend aus den Altersklassen der 50- bis 79-Jährigen. Allerdings sind die nachfragenden Privatversicherten in etwa 10 Jahre älter als in der GKV. Eine Erklärung kann sein, dass die PKV-Population mit im Median 51 Jahren älter als die GKV-Population (Median 45 Jahre) ist. Gänzlich ausschließen kann man jedoch auch nicht, dass das Genehmigungsverfahren in der GKV einen Einfluss auf die Statistik nimmt.

Genehmigungsverfahren vs. Tarifumfang und Einreichung

Denn möglicherweise wäre der Bedarf auch in älteren Altersgruppen in der GKV höher als es das Genehmigungsverfahren zulässt. Insgesamt kommen nur rund 2/3 aller AntragsstellerInnen in den Genuss eine Cannabistherapie. Alle anderen Anträge, d.h. 1/3 der Genehmigungsverfahren, werden abgelehnt [6, 12, 13]. Ob die Anträge dieses einen Drittels überproportional aus höheren Altersklassen stammt oder sich über alle Altersklassen und Geschlechter gleichverteilt, kann anhand der bisher veröffentlichten Daten nicht beantwortet werden.

Die Gründe für die Ablehnungen sind jedoch im GKV-Rahmen an strenge Kriterien gebunden, die der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) prüft. Die ersten Analysen aus 2017 zeigten die meisten Ablehnungen aus dem Bereich der Schmerztherapie, die der MDK aufgrund besserer Therapiealternativen ablehnte (ca. 70 %) [6]. Daneben spielten bürokratische Angaben (unvollständige Anträge), fehlende Aussicht auf Therapieerfolg mit Cannabis oder Schwere der Erkrankung eine Rolle. Die GKV-Versicherten wurden daher vermutlich nicht schlechter oder gar nicht versorgt, sondern über wirksamere Medikamente (z.B. schwache/starke Opioide wie Morphine, Antikonvulsiva wie Gabapentin oder Antidepressiva wie Amitriptylin) wie sie die Leitlinie zur Behandlung des chronischen Schmerzes empfiehlt. Immerhin gaben die Probanden der Begleitevaluation bei Therapieabbruch an, dass Cannabis keine ausreichende schmerzreduzierende Wirkung erzielen konnte [6].

Demgegenüber gibt es bei den Privatversicherten dieses Genehmigungsverfahren nicht. In der PKV spielen eher Selbstbehalte und Einreichungsverhalten die größere Rolle, die zu einer Unterschätzung des Bedarfs führen kann. Individuelle Tarifvereinbarungen als Erklärung anzuführen wäre hingegen nicht zulässig, da Betäubungsmittel-Verordnungen (BTM) in jedem Tarifvertrag verankert sind [4]. Da es sich aber meist um chronische Behandlungen handelt, dürfte dieses Argument von geringerer Relevanz sein. Denn der behandelnde niedergelassene Arzt und Patient entscheiden gemeinsam über die Art der cannabinoidhaltigen Therapie im Kontext der Grunderkrankung. Falls eine nicht ausreichende Wirkung erzielt oder ein ungünstiges Nebenwirkungsprofil auftritt (Müdigkeit, Schwindel. etc.), ist ein Wechsel auf alternative Therapieoptionen möglich. Die Entscheidung darüber obliegt

allerdings dem Versicherten und seinem Arzt, nicht einer Behörde wie dem MDK inklusive langer Wartezeiten.

Fazit

Die Anwendung und der Verbrauch von cannabinoidhaltigen Arzneimitteln und Zubereitungen hat an Akzeptanz bei verordneten Ärzten und Versicherten zugenommen. Die Palliativ-Versorgung dürfte damit in den verschiedensten Indikationen um einen Therapiebaustein erweitert sein. Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur sowie Versorgungsanlässen zwischen GKV und PKV scheinen weitaus weniger ausgeprägt zu sein als man zunächst vermutet hätte. Das Genehmigungsverfahren hingegen gibt es nur in der GKV, während die Privatversicherten ihre Entscheidungssouveränität unter Zustimmung ihres Arztes behalten. Es bleibt abzuwarten, inwiefern die Diskussion um die therapeutische Evidenz die Präferenzen von Versicherten und Versorgungserbringern weiter beeinflussen werden.

Quellen

- 1 *Bundesgesundheitsministerium (BMG)*. Gesetz "Cannabis als Medizin" in Kraft getreten (2022-04-21T12:42:05.000Z). Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/maerz/cannabis-als-medizin-inkrafttreten.html> letzter Zugriff: 21.04.2022
- 2 *Bundesärztekammer (BÄK)*. FAQ Liste zum Einsatz von Cannabis in der Medizin (2021-12-22T15:22:07+0000). Online: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/suchtmedizin/illegale-drogen/cannabis-in-der-medizin/> letzter Zugriff: 21.04.2022
- 3 *Müller-Vahl K, Grotenhermen F*. Medizinisches Cannabis. Die wichtigsten Änderungen. Dtsch Arztebl 2017; 114: A 352–6
- 4 *Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)*. Erstattet die PKV die Kosten für eine Cannabis-Therapie? (2022-04-20T14:25:04+02:00). Online: <https://www.derprivatpatient.de/infothek/nachgefragt/erstattet-die-pkv-die-kosten-fuer-eine-cannabis-therapie> letzter Zugriff: 21.04.2022
- 5 *Schwabe U, Paffrath D, Ludwig W-D et al., Hrsg.* Arzneiverordnungs-Report 2018. 1. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2018
- 6 *Glaeske G, Sauer K*. TK-Cannabis Report 2018. Online: <https://www.tk.de/resource/blob/2043668/c8107883c0a99a0648f663f49f04526a/studienband-cannabis-report-2018-data.pdf> letzter Zugriff: 02.05.2022
- 7 *Schmidt-Wolf G, Cremer-Schaeffer P*. 3 Jahre Cannabis als Medizin – Zwischenergebnisse der Cannabisbegleiterhebung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2021; 64: 368–377
- 8 *Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV)*. PKV Zahlenportal - Reihen (2022-05-04T14:57:55.000Z). Online: <https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2010/2020/12/pers-kkv> letzter Zugriff: 04.05.2022
- 9 *Schlack R, Mauz E, Hebebrand J et al.* Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? Bundesgesundheitsbl. 2014; 57: 820–829
- 10 *Chuang J-Y, Hagan CC, Murray GK et al.* Adolescent Major Depressive Disorder: Neuroimaging Evidence of Sex Difference during an Affective Go/No-Go Task. Frontiers in psychiatry 2017; 8: 119
- 11 *Statista*. Sterbeziffern nach Alter und Geschlecht in Deutschland 2020 | Statista (2022-05-06T13:10:59.000Z). Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/3057/umfrage/sterbeziffern-nach-alter-und-geschlecht/> letzter Zugriff: 06.05.2022
- 12 *Glaeske G, Muth L*. Cannabis Report 2020; 2021
- 13 *Cremer-Schaeffer P, Knöss W*. Cannabis zu medizinischen Zwecken – Das Gesetz vom März 2017 und seine Vorgeschichte. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2019; 62: 801–805
- 14 *Becker, A; Becker M, Engeser P*. Chronischer Schmerz - DEGAM S1-Handlungsempfehlung. Kurzfassung der Leitlinie Chronischer Schmerz. AWMF. Online: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-036k_Chronischer_Schmerz_2013-10-abgelaufen.pdf letzter Zugriff: 12.05.2022