

Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

nachfolgend werden Sie gebeten 14 Fragen zur Behandlung Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten mit Cannabis in Form von Blüten oder Extrakten bzw. Dronabinol oder Nabilon (in weiteren Verlauf der Umfrage zusammenfassend als Cannabisarzneimittel bezeichnet) gemäß der [Verordnung über die Begleiterhebung nach § 31 Absatz 6 des SGB V](#) (<http://www.gesetze-im-internet.de/canbv/>) zu beantworten. Die Beantwortung erfolgt vollständig anonym, d.h. weder über Sie noch über Ihre Patienten werden personenbezogene Daten erhoben. Die Befragung erlaubt damit weder eine Identifikation der Patienten noch der behandelnden Ärzte. Pflichtfelder innerhalb einer Frage sind mit einem * markiert.

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme an dieser Befragung.

im Auftrag

Dr. med. Peter Cremer-Schaeffer
Leiter der Bundesopiumstelle

Noch ein paar Hinweise:

*Die Umfragedaten werden anonym abgespeichert. Auch Ihre IP-Adresse wird nicht in der Umfrage gespeichert. Sie können die Bearbeitung des Fragebogens jederzeit unterbrechen und Ihre bisherigen Antworten abspeichern. Dazu werden Sie aufgefordert einen **beliebigen Namen** und ein beliebiges Kennwort zu vergeben, unter dem die bisherigen Angaben gespeichert werden. Um die Anonymität der Umfrage zu gewähren, sollten Sie bitte **nicht Ihren eigenen Namen verwenden**. Sie können **optional(!)** eine E-Mail-Adresse angeben, an die dann eine ausführliche Anleitung zur Wiederaufnahme der Befragung einschließlich des von Ihnen angegebenen Namens und des Passworts gesendet wird. Sofern Sie den Link nicht gespeichert haben, folgen Sie bitte dem Link "[Zwischengespeicherte Umfrage laden](#)". Alternativ können Sie in Ihrem Browser ein Lesezeichen ("Bookmark") auf diese Seite setzen. So lange Sie die Falleingabe nicht abgeschlossen haben, können Sie damit jederzeit zu dem Fall zurückkehren. Neue Fälle müssen durch Aufruf der Seite <https://www.begleiterhebung.de> (<https://www.begleiterhebung.de>) neu angelegt werden.*

V 1.0

Diese Umfrage enthält 42 Fragen.

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. *

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- **Keine Facharztbezeichnung** -
- Allgemeinchirurgie
- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie
- Anatomie
- Arbeitsmedizin
- Augenheilkunde
- Biochemie
- Chirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Herzchirurgie
- Humangenetik
- Hygiene und Umweltmedizin
- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

- Kinderchirurgie
- Klinische Pharmakologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Neuropathologie
- Nuklearmedizin
- Öffentliches Gesundheitswesen
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Pathologie
- Pathologie
- Pharmakologie
- Pharmakologie und Toxikologie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Physiologie
- Plastische und Ästhetische Chirurgie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Radiologie
- Rechtsmedizin
- Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
- Strahlentherapie
- Thoraxchirurgie
- Transfusionsmedizin

Urologie

Viszeralchirurgie

Sonstiges

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

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

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? *

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- weniger als 1 Jahr
- 1 Jahr
- 2 Jahre
- 3 Jahre
- 4 Jahre
- 5 Jahre
- 6 Jahre
- 7 Jahre
- 8 Jahre
- 9 Jahre
- 10 Jahre
- 11 Jahre
- 12 Jahre
- 13 Jahre
- 14 Jahre
- 15 Jahre
- 16 Jahre
- 17 Jahre
- 18 Jahre

- 19 Jahre
- 20 Jahre
- 21 Jahre
- 22 Jahre
- 23 Jahre
- 24 Jahre
- 25 Jahre
- 26 Jahre
- 27 Jahre
- 28 Jahre
- 29 Jahre
- 30 Jahre
- 31 Jahre
- 32 Jahre
- 33 Jahre
- 34 Jahre
- 35 Jahre
- 36 Jahre
- 37 Jahre
- 38 Jahre
- 39 Jahre
- 40 Jahre
- 41 Jahre
- 42 Jahre
- 43 Jahre
- 44 Jahre

- 45 Jahre
- 46 Jahre
- 47 Jahre
- 48 Jahre
- 49 Jahre
- 50 Jahre
- 51 Jahre
- 52 Jahre
- 53 Jahre
- 54 Jahre
- 55 Jahre
- 56 Jahre
- 57 Jahre
- 58 Jahre
- 59 Jahre
- 60 Jahre
- 61 Jahre
- 62 Jahre
- 63 Jahre
- 64 Jahre
- 65 Jahre
- 66 Jahre
- 67 Jahre
- 68 Jahre
- 69 Jahre
- 70 Jahre

- 71 Jahre
- 72 Jahre
- 73 Jahre
- 74 Jahre
- 75 Jahre
- 76 Jahre
- 77 Jahre
- 78 Jahre
- 79 Jahre
- 80 Jahre
- 81 Jahre
- 82 Jahre
- 83 Jahre
- 84 Jahre
- 85 Jahre
- 86 Jahre
- 87 Jahre
- 88 Jahre
- 89 Jahre
- 90 Jahre
- 91 Jahre
- 92 Jahre
- 93 Jahre
- 94 Jahre
- 95 Jahre
- 96 Jahre

- 97 Jahre
- 98 Jahre
- 99 Jahre
- 100 Jahre
- 101 Jahre
- 102 Jahre
- 103 Jahre
- 104 Jahre
- 105 Jahre
- 106 Jahre
- 107 Jahre
- 108 Jahre
- 109 Jahre
- 110 Jahre
- 111 Jahre
- 112 Jahre
- 113 Jahre
- 114 Jahre
- 115 Jahre
- 116 Jahre
- 117 Jahre
- 118 Jahre
- 119 Jahre
- 120 Jahre

[] Welches Geschlecht hat die mit Cannabisarzneimitteln behandelte Person? *

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

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 Ihre Antwort(en) hier ein:

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.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

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 wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 1 Monat oder kürzer
- 2 Monate
- 3 Monate
- 4 Monate
- 5 Monate
- 6 Monate
- 7 Monate
- 8 Monate
- 9 Monate
- 10 Monate
- 11 Monate
- 1 Jahr
- 2 Jahre
- 3 Jahre
- 4 Jahre
- 5 Jahre
- 6 Jahre
- 7 Jahre
- 8 Jahre

- 9 Jahre
- 10 Jahre
- 11 Jahre
- 12 Jahre
- 13 Jahre
- 14 Jahre
- 15 Jahre
- 16 Jahre
- 17 Jahre
- 18 Jahre
- 19 Jahre
- 20 Jahre
- 21 Jahre
- 22 Jahre
- 23 Jahre
- 24 Jahre
- 25 Jahre
- 26 Jahre
- 27 Jahre
- 28 Jahre
- 29 Jahre
- 30 Jahre
- 31 Jahre
- 32 Jahre
- 33 Jahre
- 34 Jahre

- 35 Jahre
- 36 Jahre
- 37 Jahre
- 38 Jahre
- 39 Jahre
- 40 Jahre
- 41 Jahre
- 42 Jahre
- 43 Jahre
- 44 Jahre
- 45 Jahre
- 46 Jahre
- 47 Jahre
- 48 Jahre
- 49 Jahre
- 50 Jahre
- 51 Jahre
- 52 Jahre
- 53 Jahre
- 54 Jahre
- 55 Jahre
- 56 Jahre
- 57 Jahre
- 58 Jahre
- 59 Jahre
- 60 Jahre

- 61 Jahre
- 62 Jahre
- 63 Jahre
- 64 Jahre
- 65 Jahre
- 66 Jahre
- 67 Jahre
- 68 Jahre
- 69 Jahre
- 70 Jahre
- 71 Jahre
- 72 Jahre
- 73 Jahre
- 74 Jahre
- 75 Jahre
- 76 Jahre
- 77 Jahre
- 78 Jahre
- 79 Jahre
- 80 Jahre
- 81 Jahre
- 82 Jahre
- 83 Jahre
- 84 Jahre
- 85 Jahre
- 86 Jahre

- 87 Jahre
- 88 Jahre
- 89 Jahre
- 90 Jahre
- 91 Jahre
- 92 Jahre
- 93 Jahre
- 94 Jahre
- 95 Jahre
- 96 Jahre
- 97 Jahre
- 98 Jahre
- 99 Jahre
- Mehr als 99 Jahre

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.

*

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

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

[]Welche? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

`((G5Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/185) == "A6"))`

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[]Aus welchem Grund wurde diese Therapie nicht fortgeführt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G5Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/185) == "A1" or G5Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/185) == "A2" or G5Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/185) == "A3" or G5Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/185) == "A4" or G5Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/185) == "A5" or G5Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/185) == "A6"))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Nebenwirkungen
- Kontraindikationen
- Mangelnder Therapieerfolg
- Sonstige Gründe:

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

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G5Q00001b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/187) == "-oth-" or G5Q00001b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/187) == "A1" or G5Q00001b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/187) == "A2" or G5Q00001b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/187) == "A3"))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

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

[] Welche? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

`((G5Q00002.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/188) == "A6"))`

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[] Aus welchem Grund wurde diese Therapie nicht fortgeführt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

`((! is_empty(G5Q00002.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/188))))`

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Nebenwirkungen
- Kontraindikationen

Mangelnder Therapieerfolg

Sonstige Gründe:

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

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G5Q00002b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/190) == "-oth-" or G5Q00002b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/190) == "A1" or G5Q00002b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/190) == "A2" or G5Q00002b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/190) == "A3"))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

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

[]Welche? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G5Q00003.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/191) == "A6"))

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[] Aus welchem Grund wurde diese Therapie nicht fortgeführt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((! is_empty(G5Q00003.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/191))))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Nebenwirkungen
- Kontraindikationen
- Mangelnder Therapieerfolg
- Sonstige Gründe:

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

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G5Q00003b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/193) == "-oth-" or G5Q00003b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/193) == "A1" or G5Q00003b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/193) == "A2" or G5Q00003b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/193) == "A3"))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Physikalische Therapiemaßnahme
- Operative Therapiemaßnahme
- Schmerztherapie mit nichtsteroidalen antientzündlichen Arzneimitteln (z.B. ASS, Paracetamol, Ibuprofen, Metamizol, Naproxen etc.)

- Schmerztherapie mit Opiaten/Opiaten (z.B. Morphin, Fentanyl, Buprenorphin etc.)
- Therapie mit Antidepressiva (z.B. Amitriptylin, Nortriptylin, Venlafaxin, Duloxetin etc.)
- Andere Therapiemaßnahmen

[] Welche? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G5Q00004.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/194) == "A6"))

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[] Aus welchem Grund wurde diese Therapie nicht fortgeführt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((! is_empty(G5Q00004.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/194))))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Nebenwirkungen
- Kontraindikationen
- Mangelnder Therapieerfolg
- Sonstige Gründe:

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

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G5Q00004b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/196) == "-oth-" or G5Q00004b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/196) == "A1" or G5Q00004b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/196) == "A2" or G5Q00004b.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/196) == "A3"))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

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

[]Welche? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G5Q00005.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/197) == "A6"))

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[] Aus welchem Grund wurde diese Therapie nicht fortgeführt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((! is_empty(G5Q00005.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/36/qid/197))))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Nebenwirkungen
- Kontraindikationen
- Mangelnder Therapieerfolg
- Sonstige Gründe:

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? *

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- Nicht bekannt

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

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

`((G6Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/37/qid/200) == "A1"))`

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- Nicht bekannt

7. Verordnetes Cannabisarzneimittel

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

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

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

[] Haben Sie bereits zuvor eine Therapie mit einem anderen Cannabisarzneimittel durchgeführt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G7Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/38/qid/202) == "A1" or G7Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/38/qid/202) == "A2" or G7Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/38/qid/202) == "A3" or G7Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/38/qid/202) == "A4" or G7Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/38/qid/202) == "A5"))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

[] Mit welchem? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G7Q00002.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/38/qid/203) == "A1"))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

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

Sollten Sie bereits mehrere andere Cannabisarzneimittel verordnet haben, wählen Sie bitte hier dasjenige aus, dass 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 geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

[]Was wurde geändert? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

`((G8Q0002.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/39/qid/206) == "A1"))`

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie mindestens eine Antwort.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

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

[]Auf welche Sorte wurde umgestellt und wie war die neue Dosierung? (Bitte Angaben wie auf dem Betäubungsmittelrezept) *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

`((G8Q00003_SQ003.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/39/qid/207) == "Y"))`

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

9. Behandlungsdauer

[] Wie lange wurde mit dem zuletzt verordneten Cannabisarzneimittel behandelt? *

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- weniger als 1 Monat
- 1 Monat
- 2 Monate
- 3 Monate
- 4 Monate
- 5 Monate
- 6 Monate
- 7 Monate
- 8 Monate
- 9 Monate
- 10 Monate
- 11 Monate
- 12 Monate
- 1 bis 1½ Jahre
- 1½ bis 2 Jahre
- 2 bis 2½ Jahre
- 2½ bis 3 Jahre
- 3 bis 3½ Jahre
- 3½ bis 4 Jahre
- 4 bis 4½ Jahre
- 4½ bis 5 Jahre

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.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

11. Therapieerfolg

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

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Schmerz
- Spastik
- Anorexie / Wasting
- Sonstiges

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

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G11Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/42/qid/215) == "-oth-" or G11Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/42/qid/215) == "A1" or G11Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/42/qid/215) == "A2" or G11Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/42/qid/215) == "A3"))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 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 einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie mindestens eine Antwort.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Keine Nebenwirkungen**
- Übelkeit
- Erbrechen
- Appetitsteigerung
- Gewichtszunahme
- Konstipation
- Diarrhö
- Mundtrockenheit

- Tachykardie
- Palpitationen
- Hypertonie
- Hypotonie
- Schwindel
- Gleichgewichtsstörungen
- Verschwommenes Sehen
- Aufmerksamkeitsstörungen

- Gedächtnisstörungen
- Dysarthrie
- Desorientierung

- Müdigkeit
- Schläfrigkeit
- Lethargie
- Euphorische Stimmung
- Depression

- Suizidgedanken
- Wahnvorstellungen
- Sinnestäuschungen
- Halluzinationen
- Dissoziation

[] (Optional) Andere Nebenwirkungen:

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

13. Therapieabbruch

[] Wurde die zuletzt verordnete Therapie mit Cannabisarzneimitteln abgebrochen?

*

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

[] Was waren die Gründe für den Therapieabbruch? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G13Q00001.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/44/qid/248) == "1"))

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

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

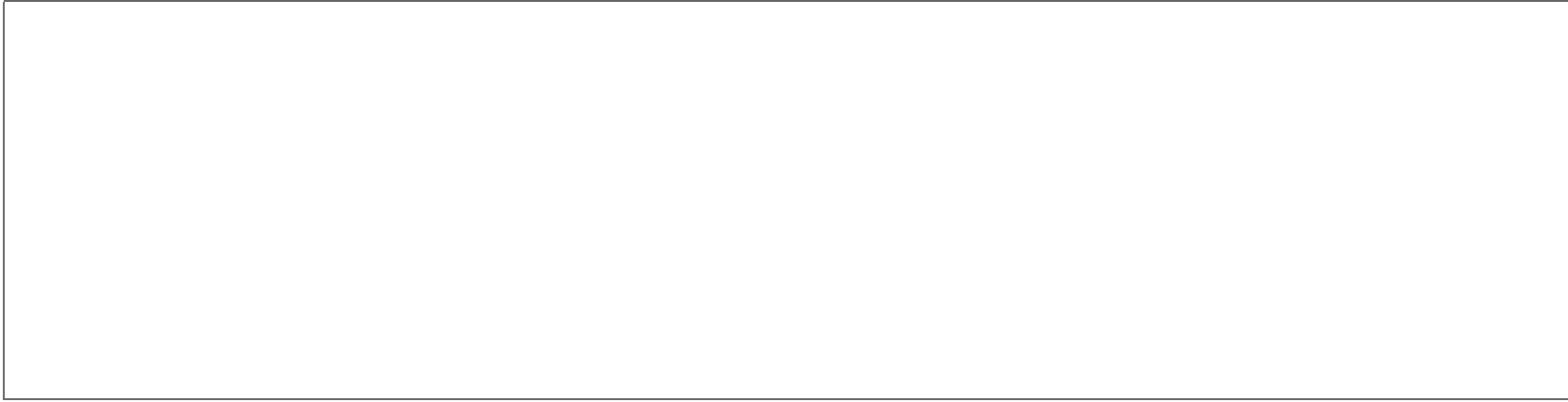
[] Bitte geben Sie stichwortartig an, welche Nebenwirkungen, Wechselwirkungen oder sonstigen Gründe zum Abbruch der Therapie geführt haben:

*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

((G13Q00002.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/44/qid/249) == "2" or G13Q00002.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/44/qid/249) == "3" or G13Q00002.NAOK (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/724299/gid/44/qid/249) == "5"))

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:



14. Lebensqualität

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

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Deutlich verbessert
- Moderat verbessert
- Unverändert
- Moderat verschlechtert
- Deutlich verschlechtert

[]Kommentar (optional)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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.

07.04.2022 – 20:49

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.