

## **Kleine Anfrage**

**des Abgeordneten Zippel (CDU)**

**und**

**Antwort**

**des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie**

## **Anträge auf Kostenerstattung für Medizinalcannabis in Thüringen**

Die **Kleine Anfrage 2870** vom 22. Februar 2018 hat folgenden Wortlaut:

Im März 2017 trat das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften in Kraft. Patienten können nunmehr Cannabis in Arzneimittelqualität durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet bekommen, wenn dies medizinisch angezeigt ist. Dies kann zum Beispiel in der Schmerztherapie oder auch bei bestimmten chronischen Erkrankungen wie etwa Multipler Sklerose der Fall sein.

Ich frage die Landesregierung:

1. Wie viele Anträge auf Kostenerstattung für Medizinalcannabis sind in Thüringen nach Kenntnis der Landesregierung seit Inkrafttreten des genannten Gesetzes gestellt worden?
2. Wie viele der gestellten Anträge wurden nach Kenntnis der Landesregierung positiv beschieden und um welche Indikationen handelte es sich hierbei?
3. Wie viele der gestellten Anträge wurden nach Kenntnis der Landesregierung abgelehnt und was waren die Gründe hierfür?
4. Über wie viele dieser Anträge wurde nach Kenntnis der Landesregierung nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist von drei Tagen nach Antragseingang entschieden?

Das **Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie** hat die Kleine Anfrage namens der Landesregierung mit Schreiben vom 28. März 2018 wie folgt beantwortet:

Vorbemerkung:

Zur Beantwortung der Kleinen Anfrage wurden die Krankenkassen(verbände) beteiligt. Im Einzelnen handelt es sich um: AOK Plus, BKK Landesverband Mitte, IKK Classic, Knappschaft-Bahn-See, vdek sowie die TBK (gehört zum BKK Landesverband Mitte, untersteht aber als einzige Kasse der Rechtsaufsicht in Thüringen). Sowohl vom BKK Landesverband Mitte als auch vom vdek konnten keine validen Daten übermittelt werden. Der BKK Landesverband Mitte hat alternativ die Daten, die dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) vorlagen, mitgeteilt. Es handelt sich dabei um alle vom MDK durchgeführten Begutachtungen (etwa 90 Prozent der gestellten Anträge werden dem MDK vorgelegt). Der vdek konnte nur Daten der gesamten Gesetzlichen Krankenversicherung für ganz Deutschland übermitteln.

Zu 1.:

Die tatsächliche Anzahl der Anträge für Thüringen kann aufgrund der fehlenden Landesdaten für den Bereich der Ersatzkassen und der BKKen nicht ermittelt werden.

Nach Kenntnis der Landesregierung wurden seit Inkrafttreten des genannten Gesetzes 1.373 Anträge bei folgenden Krankenkassen gestellt: AOK Plus, IKK classic sowie Knappschaft-Bahn-See.

Für die Betriebskrankenkassen konnte nur die Anzahl der vom MDK geprüften Anträge für Thüringen ermittelt werden. Vom MDK wurden 38 Anträge von BKK-versicherten Bürgern bearbeitet.

Nicht erfasst sind die Ersatzkassen, da der Verband nur bundesweite Zahlen mitteilen konnte.

Die Landesregierung hat daher Kenntnis von 1.411 Anträgen auf Medizinalcannabis in Thüringen. Von diesen Anträgen waren 20 Anträge noch in der Bearbeitung (Stand: 28. Februar 2018).

Zu 2.:

Von den oben aufgeführten 1.411 Anträgen wurden 791 Anträge bewilligt. Dies entspricht einer Bewilligungsquote von 56,06 Prozent.

Folgende Indikationen für bewilligte Anträge auf Medizinalcannabis haben die Krankenkassen(verbände) mitgeteilt:

- Krebserkrankungen
- therapieresistente Schmerzen
- Kachexie
- Postnukleotomiesyndrom FBSS
- Guillan-Barre-Syndrom
- Parkinson-Syndrom
- Multiple Sklerose
- Spastische Tetraparese und Tetraplegie
- Chronische Polyarthrit
- Fibromyalgie
- ADHS
- Epilepsie
- Tourette

Zu 3.:

Nach Kenntnis der Landesregierung wurden von den 1.411 Anträgen 600 Anträge abgelehnt.

Folgende Gründe für abgelehnte Anträge auf Medizinalcannabis haben die Krankenkassen(verbände) mitgeteilt:

- nicht erfolgte Ausschöpfung von Therapiealternativen
- Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung wurde nicht nachgewiesen
- Fehlende Mitwirkung (trotz mehrfacher Aufforderung keine Vorlage der zur Antragsbearbeitung benötigten, vollständigen Unterlagen)
- Behandlung mit Dronabinol oder Sativex erfolgt bereits
- Vorliegen von Kontraindikationen (Psychiatrische Erkrankungen)

Zu 4.:

Nach § 31 Abs. 6 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) beträgt die Frist zur Entscheidung drei Tage nach Antragseingang bei der Krankenkasse. Diese Frist gilt allerdings nur für Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach § 37b, also im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Für alle anderen Anträge gilt die reguläre Frist zur Entscheidung von drei Wochen beziehungsweise fünf Wochen bei Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme (§ 13 Abs. 3a SGB V).

Alle angefragten Krankenkassen beziehungsweise die Krankenkassenverbände gaben an, dass alle Anträge in der vorgesehenen Frist bearbeitet wurden beziehungsweise die Entscheidungsfrist nur entsprechend der gesetzlichen Vorgaben überschritten wurde (beim Vorliegen eines hinreichenden Grundes, zum Beispiel, dass weitere medizinische Unterlagen benötigt werden).

Werner  
Ministerin