

Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin  
Am Mildenweg 6  
59602 Ruethen  
Tel.: 02952-9708572  
Email: info@cannabis-med.org

## Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Fraktion Die Linke „Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Aufhebung des Genehmigungsvorbehalts der Krankenkassen bei der Verordnung von Cannabis“ (Bundestagsdrucksache 19/6196),

zum Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Erleichterte Verordnung von medizinischem Cannabis für Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung“ (Bundestagsdrucksache 19/5862),

zum Gesetzentwurf der Fraktion der FDP „Medizinalcannabis-Anbau zum Export ermöglichen“ (Bundestagsdrucksache 19/4835),

sowie zum Gesetzentwurf der Fraktion der AFD „Medizinalcannabis auf eine wissenschaftliche Grundlage stellen – Verfahren im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz zur Nutzenbewertung und Preisfindung anwenden, Anwendungssicherheit verbessern und Krankenkassen entlasten“ (Bundestagsdrucksache 19/8278)

## **Vorbemerkung**

Die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM) betrachtet die medizinische Verwendung von Cannabis und cannabisbasierten Medikamenten als gesundheitspolitisches - und nicht als drogenpolitisches -Thema. Ziel ist es, die Behandlung von Patienten mit ganz unterschiedlichen Erkrankungen zu verbessern, bei denen cannabisbasierte Medikamente wirksam sind oder sein können.

## **Hintergrund**

In der Stellungnahme der ACM aus dem Jahr 2016 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung hieß es: „Aus Sicht der Patienten und der Ärzteschaft muss es darauf ankommen, dass die Entscheidung, ob ein Patient mit Cannabis-basierten Medikamenten behandelt wird, eine Entscheidung von Arzt und Patient ist. Ansonsten bleibt es bei einer Zweiklassenmedizin, mit größeren Optionen für vermögende Patienten. Viel wird daher davon abhängen, wie streng die Kriterien für eine Kostenübernahme solcher Präparate durch die Krankenkassen gehandhabt werden sollen, und ob Ärztinnen und Ärzte tatsächlich in der Lage sind angesichts ihres begrenzten Praxisbudgets Medikamente auf Cannabisbasis auch in der Tat verschreiben können. Wann wird eine Erkrankung als „schwer“ eingestuft, und ab wann werden diese Patienten als mit den Standardverfahren „austherapiert“ betrachtet? Wie groß wird also der Patientenkreis sein, der von einer Kostenerstattung durch die Krankenkassen profitieren wird? Wie viele Patientinnen und Patienten werden Therapeuten finden, die unter den Bedingungen einer Budgetierung der Medikamentenkosten auch tatsächlich bereit sind, ihnen cannabisbasierte Medikamente zu verordnen? Das Gesetz ist ein großer Schritt in die richtige Richtung, sofern die gewünschten Veränderungen auch wirklich in der Praxis ankommen.“

Heute sehen wir, dass viele der gewünschten Veränderungen nicht in der Praxis angekommen sind.

Es muss das Ziel einer optimalen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung mit Cannabis-Medikamenten sein, dass Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen, die von einer solchen Therapie profitieren, Zugang zu dieser Therapie erhalten. Dieses Ziel hatte sich der Gesetzgeber bei der einstimmigen Verabschiedung des Gesetzes am 19. Januar 2017 im Deutschen Bundestag gesetzt.

Die Geschichte der medizinischen Verwendung von Cannabis und Cannabinoiden der vergangenen zwei Jahrzehnte in Deutschland ist eine Geschichte von schrittweise ausgeweiteten Ausnahmen von der Regel, dass Patientinnen und Patienten, die Cannabis oder Cannabinoide zu therapeutischen Zwecken verwenden, auf der Grundlage des Betäubungsmittelgesetzes strafrechtlich verfolgt werden. Dieses Paradigma muss jedoch geändert werden. Es sollte die Regel gelten, dass Patientinnen und Patienten nicht mehr strafrechtlich verfolgt werden. Ausnahmen von dieser Regel, die nach höchstrichterlicher Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts in das Recht auf körperliche Unversehrtheit eingreifen, bedürfen einer Begründung.

Die ACM würdigt die Verbesserungen der vergangenen zwei Jahrzehnte, die durch die Verschreibungsfähigkeit von Dronabinol seit 1998, die Möglichkeit von Ausnahmeerlaubnissen für die Verwendung von Cannabisblüten seit 2007, die arzneimittelrechtliche Zulassung von Sativex® im Jahr 2011 und Canemes® im Jahr 2017 geschaffen wurden, und insbesondere die Gesetzesänderungen vom 19. Januar 2017, die am 10. März 2017 in Kraft traten, ausdrücklich. Viele Patienten erhalten seither eine Therapie mit Dronabinol, Sativex®, Canemes®, Cannabisextrakten und Cannabisblüten,

und oft werden die Kosten der Behandlung von der zuständigen gesetzlichen oder privaten Krankenkasse übernommen.

Viele andere Patientinnen und Patienten sind jedoch nach der gegenwärtigen Rechtslage trotz ärztlicher Befürwortung einer Therapie mit cannabisbasierten Medikamenten weiterhin von einer entsprechenden Behandlung ausgeschlossen. Es gibt allerdings heute keinen überzeugenden Grund mehr, Patientinnen und Patienten, die cannabisbasierte Medikamente auf der Grundlage einer ärztlichen Empfehlung benötigen, zu kriminalisieren. Das Betäubungsmittelgesetz wurde geschaffen, um Menschen vor gesundheitlichen Schäden durch Betäubungsmittel zu schützen. Es wurde nicht geschaffen, um kranke Menschen durch strafrechtliche Maßnahmen zu schädigen.

### **Welche Probleme bestehen gegenwärtig?**

Trotz steigender Patientenzahlen erhalten auch heute noch bei Weitem nicht alle Patienten, die von einer Therapie mit Präparaten auf Cannabisbasis profitieren, eine entsprechende Behandlung. Diese Unterversorgung hat verschiedene Ursachen, die vom Gesetzgeber zum Teil behoben oder abgeschwächt werden können. Dazu zählen:

1. Viele Patienten finden keinen Arzt, der ihnen entsprechende Medikamente verschreibt oder in dem notwendigen Umfang verschreibt. Die Ursachen sind vielfältig, darunter mangelnde Erfahrung von Ärzten, Ängste von Ärzten vor Regressen, mangelnde Attraktivität der Behandlung mit Cannabis-Medikamenten aufgrund von bürokratischer Mehrarbeit.

2. Viele Ärzte behandeln ihre Patienten grundsätzlich nicht mit Medikamenten auf Cannabisbasis. Die Ursachen sind vielfältig: Grundsätzliche Ablehnung einer Therapie mit Cannabis oder Cannabinoiden, Angst vor Regressen, Angst vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Vermeidung der mit der Verschreibung verbundenen Bürokratie, Angst vor Repressalien (Staatsanwaltschaft, Regierungspräsidium, Gesundheitsamt).

3. Viele Patienten müssen die Präparate selbst bezahlen. Dafür gibt es vor allem drei Gründe: 1.) Der behandelnde Arzt stellt grundsätzlich nur Privatrezepte aus, 2.) eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse wird bei der jeweiligen Erkrankung praktisch immer abgelehnt, sodass Ärzte die motiviert sind, weitere Kostenübernahmeanträge zu stellen, und 3.) trotz Kostenübernahme in vergleichbaren Fällen wird bei dem betroffenen Patienten - eventuell trotz Klage vor dem Sozialgericht – eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt.

4. Ärzte haben keine Therapiefreiheit. Die Forderung, dass Patienten mit Standardtherapien (weitgehend) ausbehandelt sein müssen, führt nicht selten dazu, dass eine Therapie mit Medikamenten, die oft mit stärkeren Nebenwirkungen als Cannabisblüte-Medikamente assoziiert sind, wie beispielsweise starke Opiate oder Neuroleptika, vorgezogen werden muss, obwohl dies angesichts der Risiko-Nutzen-Abwägung im jeweils konkreten Fall aus ärztlicher Sicht nicht vertretbar oder zumutbar ist.

5. Nach wie vor bestehen Lieferengpässe für Cannabisblüten, sodass eine konstante Therapie mit dem am wirksamsten ermittelten Präparat häufig nicht möglich ist.

6. Die Kosten für Medizinalcannabisblüten sind nach Inkrafttreten des Gesetzes am 10. März 2017 erheblich gestiegen. Dies belastet das Budget der Ärzte, erhöht die Ausgaben der Krankenkassen und

macht diese für viele Patienten, die entsprechende Präparate nur auf einem Privatrezept erhalten, unerschwinglich oder nicht in dem notwendigen Umfang erschwinglich.

7. Apotheken, die Patienten mit entsprechenden Präparaten beliefern, leisten insbesondere bei Erstverschreibungen häufig eine umfangreiche Beratungsarbeit, die nicht vergütet wird.

### **Lösungsvorschläge durch das Bundesgesundheitsministerium**

Die ACM begrüßt den Referentenentwurf des Bundesministeriums der Gesundheit zur Novellierung von § 31 Abs. 6 SGB V sowie zur Reduzierung der Kosten für Medizinalcannabisblüten aus der Apotheke. Sie hält die vorgeschlagenen Maßnahmen nach den bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung des Cannabis als Medizin-Gesetzes, das am 10. März 2017 in Kraft trat, jedoch für unzureichend.

Im Einzelnen begrüßt die ACM, dass

1. ein Wechsel zwischen Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder zwischen Cannabisextrakten in standardisierter Qualität keiner erneuten Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf,
2. im Falle der Behandlung mit einem Cannabisarzneimittel im Rahmen eines stationären Aufenthaltes bei einer Weiterbehandlung durch den behandelnden Arzt die Kostenübernahme keiner Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf, und
3. die Preisbildung nach der Arzneimittelpreisverordnung für Medizinalcannabisblüten keine Anwendung mehr findet. Allerdings widerspricht die ACM der Absicht, die Arbeitsleistung der Apothekerinnen und Apotheker nicht mehr angemessen zu honorieren, und schlägt eine andere, sinnvollere Lösung vor.

Die Lösungsvorschläge im Referentenentwurf des BMG sind unzureichend.

### **Lösungsvorschläge durch die FDP**

Grundsätzlich ist es sinnvoll, den voraussichtlichen Bedarf an Cannabis-Medikamenten nach oben zu korrigieren und die Pläne für den Anbau von Cannabis in Deutschland entsprechend anzupassen. Die ACM begrüßt die Vorschläge, denn sie sind ein Beitrag zur Therapiesicherheit und zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung der Patienten mit allen angebotenen Sorten von Medizinalcannabisblüten.

### **Lösungsvorschläge durch die AFD**

Der Antrag zielt darauf ab, dass Medizinalcannabis wie andere Arzneimittel behandelt werden sollen. Dies ist vom Ansatz her richtig, der vorgeschlagene Antrag missachtet jedoch die höchstrichterliche Rechtsprechung, namentlich die bekannten Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts aus den Jahren

2005 und 2016 zum Thema. Es war bisher Konsens im Deutschen Bundestag, diese Urteile bei der Gesetzgebung bzw. beim Umgang mit der Thematik zu respektieren.

Es darf als allgemeiner Konsens gelten, dass Medizinalcannabis möglichst wie jede andere Heilpflanze behandelt werden sollte. Allerdings besteht Unklarheit und Dissenz darüber, was das konkret bedeutet. Leider ist Cannabis keine Heilpflanze wie jede andere. Dies führt zu einem Dilemma, das vor Gerichten und dem Gesetzgeber Probleme bereitet.

Cannabis ist vor allem aus zwei Gründen eine ungewöhnliche Heilpflanze. Zum einen sind Cannabisprodukte für jeden leicht verfügbar, wenn sie nicht verboten sind. Patienten müssen nicht darauf warten, bis pharmazeutische Unternehmen ihre Moleküle auf den Markt gebracht haben. Daher stellt sich die Frage, mit welchen Begründungen Regierungen den Zugang zu diesem Heilmittel verbieten können. Des Weiteren sind Cannabisprodukte keine Medikamente wie alle anderen, da es nicht ausreicht, große klinische Studien für 2, 5 oder 10 Indikationen durchzuführen, um ihr gesamtes therapeutisches Potenzial auszuschöpfen. Daher stellt sich die Frage, wie viele Jahrzehnte wir Patienten warten lassen dürfen, bevor wir für alle Indikationen eine gute Datenlage haben. Zudem sollte die klinische Forschung in diesem Bereich intensiviert werden, um mehr Erkenntnisse zur Wirksamkeit von cannabisbasierten Medikamenten bei verschiedenen Erkrankungen zu erhalten.

Das Bundesverwaltungsgericht hat deutlich gemacht, dass der Zugang nicht grundsätzlich verweigert werden darf, auch wenn keine arzneimittelrechtliche Zulassung vorliegt. Im Jahr 2016 hat das Gericht zudem den Weg für den Eigenanbau von Cannabis eröffnet, wenn sich Patienten die Cannabisblüten aus der Apotheke finanziell nicht leisten können. Normalerweise können Heilpflanzen von jedem Bürger zu Hause für den privaten Gebrauch kultiviert werden. Präparate aus Heilpflanzen in Apotheken sind jedoch in der Regel standardisiert, durchlaufen klinische Studien und wurden von einer staatlichen Gesundheitsbehörde zugelassen. Im Falle von Cannabis gibt es grundsätzlich zwei Auffassungen zur Frage, wie die Gleichbehandlung von Medizinalcannabis mit anderen Medikamenten aussehen könnte.

Variante 1: Cannabis darf, wie auch andere Heilpflanzen, von jedem Bürger zu Hause angebaut werden, solange dies nur für den persönlichen Bedarf geschieht. Cannabis-Medikamente in Apotheken sollten dagegen standardisiert und zugelassen sein. Dabei gibt es das folgende Problem: Dieses Konzept berücksichtigt nicht, dass Cannabis auch ein verbotenes Betäubungsmittel ist.

Variante 2: Arzneimittel auf Cannabisbasis dürfen nur dann an Patienten in Apotheken abgegeben werden, wenn sie zuvor für die jeweilige Indikation zugelassen wurden. Dabei gibt es dieses Problem: Das Konzept ignoriert die Besonderheiten der Cannabispflanze, vor allem die leichte Zugänglichkeit und das breite therapeutische Spektrum. Es missachtet in Deutschland auch die Rechtsprechung.

Gesetzgeber in verschiedenen Ländern versuchen sinnvolle Lösungen für dieses Dilemma zu finden.

### **Lösungsvorschläge durch die Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke**

Grundsätzlich sollte die Entscheidung über eine Therapie mit Cannabis-basierten Medikamenten im Dialog zwischen Arzt und Patient erfolgen. Insbesondere sollte die Entscheidung für oder gegen eine Therapie mit Cannabis-basierten Medikamenten nicht von den finanziellen Ressourcen des betroffenen Patienten abhängen: Das gesundheitliche Wohl des Patienten sollte unabhängig von den

Vermögensverhältnissen im Vordergrund der Behandlung stehen.

Die vorgeschlagene Streichung des Genehmigungsvorbehalts im Sozialgesetzbuch V ist sicherlich eine sinnvolle Maßnahme zum Abbau von Bürokratie, die überaus wünschenswert ist. Nach unserer Einschätzung wird eine solche Streichung aber nicht dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte häufiger cannabisbasierte Medikamente verschreiben, sondern genau das Gegenteil ist zu befürchten. Schon heute verschreiben viele Ärztinnen und Ärzte keine cannabisbasierten Medikamente aus Sorge vor Regressen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Diese Sorge wird aus heutiger Sicht weiter zunehmen, wenn der Verordnung keine Genehmigung durch die Krankenkasse vorausging. Nach unseren Erfahrungen würde daher die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten weiter abnehmen, cannabisbasierte Medikamente zu verschreiben.

Nach 2-jähriger Erfahrung mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis gibt es vor allem folgende Lösungsmöglichkeiten für konkrete Probleme.

## 1. Problem

Für viele schwere Erkrankungen, bei denen cannabisbasierte Medikamente einen therapeutischen Nutzen haben und bei denen die Bundesopiumstelle zwischen 2007 und 2016 entsprechende Ausnahmeerlaubnisse nach § 3 Abs. 2 BtMG erteilt hatte, gibt es nur eine unzureichende klinische Datenbasis. Die Krankenkassen gehen vermehrt dazu über, bei diesen Patienten „eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome“ (§ 31 Abs. 6 SGB V) zu negieren, obwohl die betroffenen Patienten eine positive Einwirkung auf ihre Erkrankung bzw. Symptomatik tatsächlich erleben, was auch ärztlich festgestellt wurde. Diese Praxis wurde vom Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt und schließlich auch vom Bundesverfassungsgericht (Az.: 1 BvR 733/18) legitimiert. Andere Sozialgerichte lassen durch eine Begutachtung überprüfen, ob eine tatsächliche Linderung im konkreten Fall vorliegt oder nicht.

**Lösungsvorschlag:** Die Krankenkassen sollten zur Kostenübernahme verpflichtet werden, wenn ein cannabisbasiertes Medikament im konkreten Einzelfall eine tatsächliche „spürbare positive Einwirkung“ auf die Erkrankung bzw. Symptome bewirkt. Sinnvoll wäre eine Regelung, wie sie für die Kostenübernahme bei dem Fertigarzneimittel Sativex® gilt. Dieses Medikament kann für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Spastik bei multipler Sklerose von Erwachsenen verschrieben werden. Die Kosten werden langfristig allerdings nur dann erstattet, wenn sich während eines Behandlungsversuchs auch eine tatsächliche Besserung ergibt.

## 2. Problem

Krankenkassen lehnen immer wieder eine Kostenübernahme ab, weil Erkrankungen nicht als „schwerwiegend“ eingestuft werden. Dabei wird übersehen, dass nahezu alle Erkrankungen, bei denen cannabisbasierte Medikamente von Nutzen sein können, unterschiedlich starke Ausprägungen haben können, von leicht bis schwerwiegend. Es handelt sich dabei auch um Erkrankungen, bei denen Patienten von der Bundesopiumstelle eine Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Cannabis-

blüten nach § 3 Abs. 2 BtMG erhalten hatten, weil eine Behandlung notwendig ist und durch andere Maßnahmen nicht erreicht werden kann.

Andere Argumentationen der Krankenkassen sind beispielsweise der Verweis auf die Arbeitsfähigkeit, was mit einer schweren Erkrankung nicht vereinbar sei, auch dann, wenn erst durch eine Therapie mit Cannabis die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden kann oder konnte. Dies führt dazu, dass ganze Patientengruppen, von denen einige sehr gut von cannabisbasierten Medikamenten profitieren und wieder arbeitsfähig sind, pauschal in die Illegalität getrieben werden.

**Lösungsvorschlag:** Die Passage im Sozialgesetzbuch V, in der es heißt „Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung ...“ wird ergänzt durch „Als schwerwiegend ist eine Erkrankung dann einzustufen, wenn dadurch die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt wird.“ Bereits die Anforderungen des § 13 Betäubungsmittelgesetz schließen aus, dass cannabisbasierte Medikamente, bei leichten bzw. nicht schwerwiegenden Erkrankungen eingesetzt werden dürfen. Durch die vorgeschlagene Änderung entfällt eine Diskussion zwischen Arzt und Krankenkasse bzw. MDK, ob eine Erkrankung schwerwiegend ist oder nicht. Der Arzt muss darüber unter Berücksichtigung der strafbewehrten rechtlichen Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes entscheiden.

### 3. Problem

Krankenkassen lehnen nicht selten eine Kostenübernahme ab, weil noch nicht alle Therapieoptionen ausgeschöpft seien, ohne konkret zu benennen, welche Therapieoptionen noch durchgeführt werden könnten. Betroffenen Ärzten, die der Auffassung sind, dass keine weiteren Therapieoptionen zur Verfügung stehen, ist daher häufig unbekannt, welche Therapien nach Auffassung der Krankenkasse bzw. des MDK noch nicht ausgeschöpft wurden, um sodann einen entsprechenden Behandlungsversuch mit ihren Patienten unternehmen zu können.

**Lösungsvorschlag:** Die Krankenkassen dürfen einen Antrag wegen fehlender Ausschöpfung von Standardtherapien nur ablehnen, wenn die noch nicht ausgeschöpften Therapieoptionen konkret benannt werden. Zudem müssen die Krankenkassen stärker die ärztliche Risiko-Nutzen-Abwägung einer Therapie mit cannabisbasierten Medikamenten im Vergleich zu anderen Präparaten berücksichtigen.

### 4. Problem

Die Kosten für Cannabisblüten in der Apotheke sind erheblich gestiegen, weil sie nach Inkrafttreten des Gesetzes von Apotheken nach § 4 oder § 5 Arzneimittelpreisverordnung als Rezepturarzneimittel abgegeben werden müssen. Dies belastet das ärztliche Budget, die Krankenkassen und Patienten, die solche Medikamente weiterhin selbst finanzieren müssen.

**Lösungsvorschlag:** Die Prüfung der Identität verschiedener Chargen von Medizinalcannabisblüten sollte nach dem Vorbild der Niederlande zentral in der Cannabisagentur oder einer anderen Stelle erfolgen. Eine Prüfung jeder einzelnen Dose derselben Charge könnte dann in den Apotheken entfallen, sodass die Behältnisse nicht mehr geöffnet werden müssten und die Medizinalcannabisblüten als fiktives Fertigarzneimittel behandelt werden könnten. Die im Referentenentwurf vorgeschlagene Lösung, die Arbeitspreise der Apotheker bei gleichem Arbeitsaufwand drastisch zu reduzieren, stellt

keine tragfähige Lösung dar. Bereits heute nimmt nur ein kleiner Teil der Apotheker an der Versorgung mit Medizinalcannabisblüten teil. Eine nicht angemessene Bezahlung könnte dazu führen, dass diese Zahl weiter sinkt. Zudem spielt diese Lösung die Apotheker auf der einen Seite und die Patienten und Krankenkassen auf der anderen Seite gegeneinander aus. Die ACM unterstützt daher die Reduzierung der Preise, schlägt jedoch einen anderen Weg vor.

Zudem sollte in Erwägung gezogen werden, auf die Mehrwertsteuer bei Cannabismedikamenten zu verzichten.

## 5. Problem

Ärztinnen und Ärzte fürchten bei einer Verschreibung an Patienten mit einem hohen Bedarf an entsprechenden Medikamenten spätere Strafzahlungen an die Krankenkassen, so genannte Regresse, falls ihnen später eine mangelnde Wirtschaftlichkeit vorgeworfen wird. Der Referentenentwurf bietet dafür keine Lösung an.

**Lösungsvorschlag:** Die Verordnung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen THC und Nabilon sind bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach §§ 106-106c SGB V als zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten von der Prüfungsstelle anzuerkennen, sofern eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse erfolgt. Bereits heute sind viele Medikamente im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss als bundesweite Praxisbesonderheit anzuerkennen.<sup>1</sup> Der Kostenübernahmevorbehalt der Krankenkassen kann so wie ein akzeptierter Zusatznutzen nach G-BA-Beschluss oder vergleichbar behandelt werden, wenn dazu der gesetzgeberische Wille vorhanden ist.

Für den Vorstand der ACM e.V.

Dr. med. Franjo Grotenhermen, 1. Vorsitzender

Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl, 2. Vorsitzende

---

<sup>1</sup> Vergleiche: [https://www.kvberlin.de/20praxis/50verordnung/45pruefung/bw\\_praxisbesond/index.html](https://www.kvberlin.de/20praxis/50verordnung/45pruefung/bw_praxisbesond/index.html)  
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/171608/Neue-Arzneimittel-Kaum-Praxisbesonderheiten>