

Gemeinsames Positionspapier

**zur zweiten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
„Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher
und anderer Vorschriften“ vom 28.06.2016**

(Bundestagsdrucksache 18/8965)

HINTERGRUND:

Mit der geplanten Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften der Bundesregierung, Drucksache 18/8965) soll chronisch kranken Menschen für deren Behandlung keine anderen Therapieoptionen zu Verfügung stehen, unter definierten Bedingungen der Zugang zu Cannabis, Cannabis-basierenden Rezepturarzneien und/oder entsprechenden Fertigarzneimitteln ermöglicht werden.

Die Unterzeichner begrüßen ausdrücklich den Gesetzentwurf der Bundesregierung und unterstützen die ihm zugrundeliegende Intention. Sie regen mit diesem Positionspapier jedoch zusätzliche, konkretisierende Interpretationshinweise und Handlungsempfehlungen an, um Betroffenen nicht nur formal die Verfügbarkeit entsprechender Therapien zu ermöglichen, sondern sie auch konkret im Rahmen des medizinischen Versorgungsalltags zu erleichtern um damit der vom Gesetzgeber intendierten Zielsetzung auch im Praxisalltag gerecht werden zu können. Gleichzeitig soll mit diesen Positionen behandelnden Ärzten eine Art Leitfaden bzgl. einer rationalen differenzialtherapeutischen Verordnung der verschiedenen Cannabis-haltigen Arzneiformen gegeben werden.

KONKRETISIERUNGSBEDARF:

Aus Sicht der Unterzeichner gilt es mit dem o.g. Gesetz sicherzustellen, dass für Patienten, bei denen eine Therapie mit Cannabis, Cannabis-basierenden Rezepturarzneien und entsprechenden Fertigarzneimitteln medizinisch indiziert ist, die ärztliche Verordnung nicht nur vereinfacht/erleichtert, sondern gleichzeitig auch die Kostenübernahme seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen gesichert wird, um den ansonsten möglicherweise bestehende juristischen Anspruch auf einen Eigenanbau von Cannabisblüten und damit verbundene Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) zu unterbinden. Die Verordnung selbst muss für den behandelnden Arzt budgetneutral sein. Die Auswahl des für den konkreten Einzelfall am besten geeigneten Cannabis-haltigen Arzneimittels sollte sich – unter Berücksichtigung von vorhandener Evidenz und verfügbaren Alternativen – primär an den individuellen Besonderheiten des jeweiligen Behandlungsfalles orientieren und nicht an ökonomischen Überlegungen (wie z.B. den zu erwartenden Preisunterschieden zwischen verschiedenen Arzneiformen, etc.).

Im Interesse der dringend zu fordernden (hohen) Anwendungs-/Patientensicherheit müssen auch für die Behandlung mit Cannabis-haltigen Arzneien bestehende medizinisch-pharmazeutische und insbesondere arzneimittelrechtliche Standards beachtet und bei der konkreten Entscheidung für eine geeignete Therapieform in jedem Einzelfall berücksichtigt sowie die Voraussetzungen für eine explorative Begleitforschung auf freiwilliger Basis geschaffen werden. Darüber hinaus gilt es die zwangsläufigen Auswirkungen der mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verbundenen Erweiterung des medizinischen Einsatzes von Cannabis-haltigen Arzneien auch auf andere rechtliche Vorschriften und Verordnungen zu prüfen (z.B. Fahreignungsverordnung, etc.) und dort ggf. entsprechende Änderungen vorzunehmen um einer sonst drohenden ungerechtfertigten Kriminalisierung der Cannabis zu medizinischen Zwecken anwendenden Patienten vorzubeugen.

EMPFEHLUNGEN:

Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen nehmen die Unterzeichner zu dem o.g. Gesetzentwurf der Bundesregierung Stellung und empfehlen bzgl. des aktuellen Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften der Bundesregierung vom 28.06.2016 die nachfolgende Änderung von Artikel 4 Nr. 2 bzgl. der Ausführungen zu § 31 SGB V („Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung“):

1. Änderung von Absatz 6 wie folgt:

„(6) Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung, insbesondere nach § 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V, haben Anspruch auf Arzneimittel mit den Wirkstoffen Nabiximols, Dronabinol, Tetrahydrocannabinol (THC) oder Nabilon sowie auf eine Therapie mit Cannabis-haltigen Arzneien in Form von Extrakten oder getrockneten Blüten in standardisierter und reproduzierbarer Qualität (inkl. aller ggf. für die Anwendung dieser Arzneien notwendigen technischen Hilfsmittel – wie z.B. Vaporizer, etc.), wenn

1. aus Sicht der behandelnden Ärztin oder des Arztes eine allgemein anerkannte und dem medizinischen Standard entsprechende alternative Leistung im Einzelfall nicht zu Verfügung steht bzw. aufgrund ihres ungünstigen Nutzen-Risiko-Profiles nicht in Frage kommt und
2. nach Feststellung des behandelnden Arztes oder der Ärztin durch diese Therapie eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten eines Antrages auf Kostenerstattung bei der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese sind bei vollständigem Antrag grundsätzlich verpflichtet die Genehmigung zur Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Antragsingang zu erteilen. Nur bei einem begründetem Verdacht, dass die Verwendung von Cannabis-haltigen Arzneimitteln nicht auf Grundlage der Regelung nach Satz 1 erfolgt, sind die Gesetzlichen Krankenversicherungen berechtigt eine gezielte Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vornehmen zu lassen. Im Rahmen dieser Einzelfallprüfung ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen dazu verpflichtet, das Nutzen-Risiko-Profil des beantragten Cannabis-haltigen Arzneimittels gegenüber anerkannten Arzneimitteln und möglicher Polymedikation einzubeziehen und seine Bewertung in geeigneter und wissenschaftlich nachvollziehbarer Weise zu begründen. Die Einleitung einer Einzelfallprüfung ist entsprechend § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V dem Leistungsberechtigten bekannt zu geben.“

Begründung:

- a) *Die im Entwurf der Bundesregierung vorgesehene Erfordernis einer „schwerwiegenden Erkrankung“ ohne ergänzende Konkretisierung führt aus Sicht der Unterzeichner zu einer unnötigen Rechtsunsicherheit für Betroffene, die aus medizinischer Sicht für eine Therapie mit Cannabis-haltigen Arzneien in Frage kommen. Durch die vorgeschlagene Änderung und die Verknüpfung mit der sogenannten „Chronikerregelung“ des § 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird der Begriff „schwerwiegende Erkrankung“ ausreichend konkretisiert ohne von vornherein weitere/andere Patientengruppen von der Versorgung auszuschließen.*
- b) *Aktuell sind in Deutschland nur das Fertigarzneimittel Sativex® mit dem Wirkstoff Nabiximols [ATC-Code: N02BG10; ein Extrakt aus Blättern und Blüten von Cannabis sativa L. mit einem standardisierten 1:1-Gehalt an Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) zugelassen als „add-on“ Therapie bei „erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik*

aufgrund einer Multiplen Sklerose (MS), die nicht angemessen auf eine andere anti-spastische Arzneimitteltherapie angesprochen haben“] sowie die synthetischen Rezeptur Arzneimittel Dronabinol und Nabilon (jeweils ohne formale Zulassung) und Tetrahydrocannabinol (THC) als Rezeptur Arznei (ebenfalls ohne formale Zulassung) verfügbar. Die im Gesetzentwurf bzgl. ihrer Sinnhaftigkeit für eine medizinische Anwendung am Menschen diskutierten getrockneten Cannabisblüten und anderen Cannabis-haltigen Extrakte gehören gemäß § 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit der Anlage I des BtMG zu den sog. nicht verkehrsfähigen Stoffen, deren Anbau, Herstellung, Handel, Einfuhr, Ausfuhr, Abgabe, Veräußerung, sonstige Inverkehrbringung, Erwerb und Besitz nach §§ 29 ff. BtMG ohne Genehmigung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) strafbar ist.

Von den in Deutschland verfügbaren Cannabis-haltigen Arzneien wird aktuell ausschließlich Sativex® von den Gesetzlichen Krankenkassen in der zugelassenen Indikation (s.o.) erstattet, wenn sich „während eines Anfangstherapieversuchs ... klinisch eine erhebliche Verbesserung von mit der Spastik verbundenen Symptomen“ gezeigt hat. Für die anderen Cannabis-haltigen Arzneimittel (sowie für Nabiximols außerhalb der zugelassenen Indikation) muss bisher formal vor Beginn der Behandlung ein Antrag auf Kostenübernahme bei den Gesetzlichen Krankenkassen gestellt werden, der in der Regel negativ beschieden wird.

Formal droht aufgrund der unterschiedlichen Zulassungsstatus der im Gesetzentwurf berücksichtigten Cannabis-haltigen Arzneiformen, dass die Verordnung von Nabiximols durch die Regularien des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nur im Rahmen der bestehenden Zulassung erfolgen darf, während die sonstigen Therapieformen im Rahmen der Vorgaben des Gesetzentwurfs (unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung und des Genehmigungsvorbehaltes der Gesetzlichen Krankenkassen) keinerlei sonstigen Anwendungsbeschränkung unterliegen. Dies wird aus Sicht der Unterzeichner dazu führen, dass Patienten primär mit Cannabis-haltigen Extrakten, Rezeptur Arzneien und/oder Cannabisblüten behandelt werden, während Nabiximols – die arzneimittelrechtlich am besten erforschte und aufgrund der verfügbaren Zulassungsdaten anwendungssicherste Therapieoption mit dem geringsten Risiko wirkstoffbedingter psychomimetischer Begleit-/Nebenwirkungen – für die meisten Behandlungsfälle entweder gar nicht verordnet oder die Verordnung seitens der Gesetzlichen Krankenkassen aufgrund des dokumentierten "off-label use" absehbar nicht genehmigt wird.

Sowohl im Gegensatz zu den in Deutschland verkehrsfähigen (aber seitens der Gesetzlichen Krankenkassen nicht erstatteten) Cannabis-Rezepturen als auch den aktuell in Deutschland (noch) nicht verkehrsfähigen sonstigen Cannabis-haltigen Arzneiformen existieren für Nabiximols umfangreiche Sicherheitsdaten sowie eine nachgewiesene Dosiswirkungsbeziehung. Beides aus medizinischer Sicht eindeutige (und insbesondere patientenrelevante) Vorteile für eine konkrete ärztliche Verordnung an/für Betroffene, die aus Sicht der Unterzeichner in der vorliegenden Form des Gesetzentwurfs – durch die formale Nichterwähnung von Nabiximols – nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Aus Sicht der Unterzeichner sollte deshalb bei der Anwendung von Cannabis-haltigen Arzneien im Interesse der Patientensicherheit zunächst bevorzugt die Alternative mit der höchsten Anwendungssicherheit in Erwägung gezogen werden (d.h. aufgrund der bestehenden Zulassung und der hierfür notwendigen rechtlichen Voraussetzungen das Fertigarzneimittel mit der Wirkstoffkombination Nabiximols), gefolgt (z.B. bei unzureichender Wirkung) von Cannabis-haltigen Extrakten/Rezepturen (d.h. THC, Dronabinol und Nabilon) und getrockneter Blüten in standardisierter Qualität. Dieser Anregung folgend entspricht die neue Reihung der verfügbaren Alternativen Cannabis-haltiger Arzneien in Absatz 6.

Zusätzlich regen die Unterzeichner die zeitnahe Entwicklung einer entsprechenden S2K-Leitlinie mit konkretisierenden Handhabungsinformationen an.

- c) *Cannabis-haltige Arzneimittel sind bisher in Deutschland nur in bestimmten Fällen für die medizinische Behandlung zugelassen. Daher ist aus Sicht der Unterzeichner der Antrag auf Kostenerstattung und eine Billigung durch die Gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich gerechtfertigt, nicht jedoch eine Prüfung des Medizinischen Diensts der Krankenkassen, ob im jeweiligen Einzelfall auch wirklich alle Kriterien für einen Anspruch auf Versorgung mit Cannabis-haltigen Arzneien als Medizin erfüllt sind.*

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen darf nur in begründeten Fällen (d.h. nur in solchen, bei denen der begründete Verdacht besteht, dass Cannabis-haltige Arzneimittel offensichtlich nicht als Medizin im Sinne dieses Gesetzes eingesetzt werden), den Antrag auf Kostenerstattung prüfen. Die Entscheidung, ob ein Versicherter oder eine Versicherte Cannabis-haltige Arzneimittel als Medizin benötigt ist grundsätzlich eine ärztliche. Deshalb muss auch bei der Versorgung mit Cannabis-haltigen Arzneimitteln als Medizin, die unter einschränkenden Voraussetzungen als Therapie zur Verfügung steht, die ärztliche Therapiefreiheit gewahrt werden.

Lediglich bei einem begründetem Verdacht, dass die Versorgung mit Cannabis-haltigen Arzneien nicht auf Grundlage der vorliegenden Regelungen geschieht, sollte der Medizinische Dienst der Krankenkassen befugt sein eine entsprechende Prüfung vorzunehmen – dabei jedoch (analog der Verfahrensweise der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte) zur Berücksichtigung des Nutzen-Risiko-Profiles aller in Frage kommenden Behandlungsalternativen verpflichtet werden.

Auch allgemein anerkannte und dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen/Verfahren können mit schweren bzw. schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittel-/Nebenwirkungen und Langzeitschäden einhergehen oder (insbesondere im Rahmen einer Polymedikation) schwere Wechselwirkungen verursachen. Mit der o.g. Forderung nach einer Abwägung der Nutzen-Risiko-Profile alternativer Therapieformen gegenüber Cannabis-haltigen Arzneien wird es im Interesse der Patientinnen und Patienten möglich die Entscheidung über die Genehmigung der Behandlung allein auf der Grundlage entsprechender Kriterien zu treffen und nicht mehr davon abhängig zu machen, dass bereits alle anderen Therapiealternativen erfolglos versucht wurden. Die Festlegung der Therapie obliegt alleine Ärztin oder Arzt im individuellen Einvernehmen mit der/dem Betroffenen (im Rahmen eines partizipativen Entscheidungsfindungsprozesses) auf Grundlage von Diagnose und bisherigem Behandlungsverlauf.

2. Ergänzung von Absatz 7 wie folgt:

„(7) Die oder der Versicherte wird von der Gesetzlichen Krankenkasse mit der Genehmigung der Behandlung gleichzeitig in schriftlicher Form darüber informiert, dass – auf freiwilliger Basis – die Teilnahme an einer wissenschaftlichen, nicht-interventionellen Begleiterhebung zum Einsatz von Cannabis-haltigen Arzneimitteln, getrockneten Blüten, Extrakten und/oder Fertigarzneimitteln möglich ist. Die Ablehnung einer Teilnahme an einer solchen Begleiterhebung darf für die Versicherte bzw. den Versicherten zu keinerlei Nachteil führen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird angewiesen im Rahmen einer Ausschreibung eine nicht weisungsgebundene, unabhängige Einrichtung mit der wissenschaftlichen Begleiterhebung zu beauftragen. Der beauftragten Einrichtung obliegt die Konzeption, Dokumentation und Durchführung der Erhebung und Aufbereitung der Erhebungsergebnisse. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt, die oder der die Leistung nach Absatz 6 Satz 1 verordnet, übermittelt die für die Begleiterhebung erforderlichen Daten in anonymisierter Form an die mit dem Forschungsvorhaben beauftragte Einrichtung. Die im Rahmen dieser Begleitforschung erhobenen Daten dürfen nur in anonymisierter Form und nur zum Zweck der wissenschaftlichen Evaluation einer Behandlung mit Cannabis-haltigen Arzneien

verarbeitet und genutzt werden. Die Begleiterhebung endet am letzten Tag des auf das Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes folgenden 60. Monats. Die bis zum Ende des 30. Monats erfassten Daten der Begleiterhebung werden durch die beauftragte Einrichtung im Rahmen einer Zwischenauswertung ausgewertet und die Ergebnisse in einem entsprechenden Zwischenbericht bis zum Ende des 33. Monats veröffentlicht. Darüber hinaus sollen interessierten Kreisen die für eine Einleitung der Therapie behandlungsrelevanten Kerndaten der dokumentierten Patienten in Echtzeit zu Verfügung gestellt werden um bereits während der Laufzeit der Begleitevaluation einen entsprechenden Know-How-Transfer zu ermöglichen. Abschließend erarbeitet die beauftragte Einrichtung auf Grundlage der erhobenen Daten innerhalb von einem Jahr nach Ende der Begleiterhebung einen abschließenden Forschungsbericht, der auch Empfehlungen insbesondere für wissenschaftliche Studien zur Versorgung mit Cannabis-haltigen Arzneimitteln zu medizinischen Zwecken enthalten kann.“

Begründung:

Trotz der sowohl im In- als auch Ausland zum Teil beträchtlichen Anwendungserfahrungen ist das für eine fundierte wissenschaftliche Bewertung notwendige standardisiert erhobene Datenmaterial unzureichend und die auf der Grundlage kontrollierter Studien formulierte externe Evidenz überschaubar bzw. zum Teil sogar widersprüchlich. Aus diesem Grund befürworten die Unterzeichner grundsätzlich die Empfehlung der Bundesregierung zur Durchführung einer wissenschaftlichen Begleitevaluation. Die im Gesetzentwurf der Bundesregierung formulierte Verpflichtung Betroffener zur Teilnahme bzw. die Verknüpfung von Teilnahme und Kostenerstattung durch die Gesetzlichen Krankenkassen stellt aus Sicht der Unterzeichner jedoch faktisch einen Teilnahmepflicht für betroffene Patientinnen und Patienten, die auf Cannabis als Medizin angewiesen sind und denen keine anderen therapeutischen Mittel (mehr) zur Verfügung stehen oder nur solche, die für sie mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden sind, dar. Diese obligate Verknüpfung ist aus Sicht der Unterzeichner unethisch und steht im Widerspruch zu den geltenden Standards und Prinzipien der medizinischen Forschung wie sie u.a. in der Deklaration von Helsinki 1996 ff formuliert wurden.

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird aus Sicht der Unterzeichner klargestellt, dass für Patienten die Teilnahme an einer solchen Begleitforschung freiwillig sein sollte und die Kostenerstattung für Cannabis-haltige Arzneimittel durch die Gesetzlichen Krankenkassen unabhängig von dieser Teilnahme gewährt wird. Die bzw. der Versicherte dürfen aufgrund ihrer/seiner Entscheidung über eine (Nicht-)Teilnahme an der Begleitevaluation keinerlei medizinischen und/oder wirtschaftlichen Nachteile erleiden. Betroffene Patientinnen und Patienten sollten bereits im Vorfeld umfangreiche schriftliche Informationen über Form und Inhalt der Begleiterhebung erhalten, damit sie sich in geeigneter Form informieren und zum Zeitpunkt der Bewilligung der Kostenübernahme durch die Gesetzlichen Krankenkassen auch für oder gegen eine Teilnahme an der freiwilligen Begleiterhebung entscheiden können.

Mit der Durchführung der Begleiterhebung soll eine neutrale, nicht weisungsgebundene Einrichtung in Deutschland beauftragt werden, die sicherstellt, dass Konzeption, Durchführung und Auswertung der Erhebung unabhängig, in patientengerechter Form und frei von politischen, ideologischen oder fiskalischen Interessen erfolgen.

Derzeit existieren bereits Strukturen/Erhebungen, insbesondere bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen, die für eine entsprechende Begleiterhebung zum Einsatz von Cannabis als Medizin herangezogen werden könnten. Neben der notwendigen Expertise und dem methodischen Know-How zur Durchführung einer solchen versorgungsnahen Begleiterhebung könnte hier auch auf bereits bestehende Strukturen aufgebaut und damit Kosten und Entwicklungszeit eingespart werden. Als konkretes Beispiel wäre z.B. das „PraxisRegister Schmerz“ der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V. sowie die assoziierte Patientenplattform „mein-schmerz.de“ der Deutschen Schmerzliga (DSL) zu nennen.

Aufgrund der zu erwartenden Patientenzahlen, der Heterogenität der zugrundeliegenden Krankheiten und deren Verläufe, der Freiwilligkeit der Teilnahme, der individuellen Ausgestaltung der Therapien und den verschiedenen Formen Cannabis-haltiger Arzneien ist davon auszugehen, dass die Begleiterhebung keine confirmatorischen Aussagen über die konkrete bzw. differenzielle Wirksamkeit einer Therapie mit Cannabis-haltigen Arzneiformen bei definierten Erkrankungen ermöglicht. Vielmehr sollten die Ergebnisse der Begleiterhebung dazu dienen interessierten Ärztinnen und Ärzten in geeigneter Form fundierte Anwendungsinformationen in Echtzeit zu liefern, die ihnen erlauben die Versorgung von Patientinnen und Patienten kontinuierlich zu verbessern, die individuell erzielten Behandlungsergebnisse bzgl. Sicherheit, Verträglichkeit und Wirksamkeit standardisiert zu dokumentieren und darauf aufbauend letztlich den konkreten Bedarf an kontrollierten klinischen Studien aufzuzeigen. Daher sollten die Ergebnisse der Begleitforschung nicht nur im Rahmen von Zwischenberichten nach definierten Zeitpunkten veröffentlicht und durch einen abschließenden Studienbericht Empfehlungen insbesondere für weitere wissenschaftliche Studien ausgesprochen werden, sondern insbesondere auch in Form kontinuierlicher Echtzeitpräsentationen bzgl. Patientenkollektiv, Behandlungsindikationen, Behandlungsform und Behandlungsergebnis.

Berlin, 30. November 2016

Im Namen der Unterzeichner



PD Dr. med. Michael A. Überall

Präsident – Deutsche Schmerzliga (DSL) e.V.

Vizepräsident – Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V.

TRANSPARENZERKLÄRUNG:

Die Inhalte dieses Positionspapieres wurden auf der Grundlage eines Entwurfs von PD Dr. med. Michael A. Überall im Rahmen eines Workshops der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V. am 17.11.2016 in Berlin diskutiert und die vorliegende schriftliche Stellungnahme am 28.11.2016 von allen Unterzeichnern einvernehmlich konsentiert.

Die Organisation des Cannabis-Workshops erfolgte durch die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V. und die Gesellschaft für Algesiologische Fortbildung (GAF) mbH und wurde durch die Almirall Hermal GmbH (Scholtzstraße 3, 21465 Reinbek) finanziell unterstützt.

Unterzeichner in alphabetischer Reihenfolge

*Prof. Dr. rer. nat. Theodor Dinger
Institut für Pharmazeutische Biologie
Biozentrum - Goethe-Universität Frankfurt am Main
Max-von-Laue-Straße. 9
60438 Frankfurt/Main
Tel.: +49 (0)69 798 29 65 0
Fax: +49 (0)69 798 29 66 2
Mail: Dingermann@em.uni-frankfurt.de*

*SanRat Dr. med. Oliver M.D. Emrich
Arzt für Allgemeinmedizin und Anästhesiologie, spezielle Schmerztherapie
Akupunktur, Naturheilverfahren, suchtmedizinische Grundversorgung
Vizepräsident DGS (Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin)
Fachübergreifende Praxis für Allgemeinmedizin und spezielle Schmerztherapie
67069 Ludwigshafen
Mail: oliver.emrich@dgschmerzmedizin.de*

*Prof. Dr. med. Thomas Henze
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Geriatrie, spezielle Neurologische Intensivmedizin,
Blumenweg 7
93138 Lappersdorf bei Regensburg
Mail: thomas.henze@outlook.com*

*Dr. med. Dipl. Psych. Johannes Horlemann
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V.
Leiter des Regionalen DGS-Schmerzzentrums Kevelaer
Grünstraße 25
47625 Kevelaer
Mail: johannes.horlemann@dgschmerzmedizin.de*

*Klaus Längler
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V.
Ärztlicher Leiter des Regionalen DGS-Schmerz- und Palliativzentrums Wegberg
Antoniusweg 4
41844 Wegberg
Mail: klaus.laengler@dgschmerzmedizin.de*

Dr. med. Silvia Maurer
Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V.
Regionales DGS-Schmerz- und Palliativzentrums Bad Bergzabern
Weinstr. 37
76887 Bad Bergzabern
Mail: silvia.maurer@dgschmerzmedizin.de

Dr. med. Gerhard H.H. Müller-Schwefe
Präsident Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V.
Leiter des Regionalen DGS-Schmerz- und Palliativzentrums Göppingen
Schillerplatz 8/1
73033 Göppingen
Mail: gerhard@mueller-schwefe.com

Prof. Dr. med. Kirsten R. Müller-Vahl
Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie
Oberärztin der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Seelische Gesundheit
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Mail: mueller-vahl.kirsten@mh-hannover.de

Dr. med. Thomas Nolte
Palliativarzt und Schmerztherapeut
Zentrum für ambulante Palliativversorgung
Langenbeckstrasse 9
65189 Wiesbaden
Mail: dr.nolte@zapv.de

Prof. Dr. med. Friedemann Paul
Facharzt für Neurologie
NeuroCure Clinical Research Center
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte
Mail: friedemann.paul@charite.de

Prof. Dr. med. Oliver Pogarell
Geschäftsführender Oberarzt
Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; Suchtmedizin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München
Nußbaumstr. 7
80336 München
Mail: oliver.pogarell@med.uni-muenchen.de

PD Dr. med. Michael A. Überall
Direktor Institut für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie – IFNAP
Vize-Präsident Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V.
Präsident Deutsche Schmerzliga (DSL) e.V.
Nordostpark 51
90411 Nürnberg
Mail: michael.ueberall@ifnap.de