

Dr. med. Christiane Wippl  
Vorsitzende Richterin am  
Sozialgericht Berlin  
Invalidenstr. 52  
10557 Berlin  
Tel. 030 2663-1000  
Fax 030 2663-1001

Sozialgericht Berlin  
z. Hd. Frau Richterin am SG von Moltke  
Vorsitzende Richterin der 89. Kammer  
Invalidenstr. 52

10557 Berlin

12	Sozialgericht Berlin
Eing.: 10. Feb. 2020	
<input type="checkbox"/> Doppel	<input type="checkbox"/> Anlagen <input type="checkbox"/> -fach <input checked="" type="checkbox"/> 6 Akten
<input type="checkbox"/> Vollmacht	<input type="checkbox"/> RöBi <input type="checkbox"/> Heft

Datum: 01.02.2020

**Psychiatrisches Gutachten**  
gemäß Beweisanordnung vom 05.09.2019  
Az.: S 89 KR 2501/17

Rechtsstreit von:

Herrn Malte Topp, \*14.08.1974,

wohnhaft: Brandenburger Str. 14, 22305 Hamburg,

*Kläger,*

*J.*

Techniker Krankenkasse - Hauptverwaltung -,  
Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg,

*Beklagte.*

Das Gutachten stützt sich auf:

- die Einsicht in die übersandten Akten:
  - Gerichtsakte Verfahren S 36 KR 359/17 ER,
  - Gerichtsakte im Verfahren S 89 KR 2501/17,
  - Gerichtsakte Verfahren S 89 KR 2245/17 ER,
  - Beiakte Verfahren S 89 KR 2245/17 ER,

- sowie die eigene psychiatrische Untersuchung des Klägers, **[Name]** am 04.12.2019 in der Zeit von 08:00 bis 10:30 Uhr.

### Eigene Untersuchung:

#### **Spontane Angaben:**

Herr Z. erschien pünktlich zum geladenen Untersuchungstermin am **[Datum]**. Er wies sich aus mit einem deutschen Personalausweis Nr.: **[Ausweisnummer]**. Er gab an, seit nunmehr 2 Jahren und 8 Monaten auf die Begutachtung zu warten.

Zu Beginn der Exploration stand er sichtlich unter Druck und Anspannung, weinte, und gab an, „sehr nervös“ zu sein. Angesichts des langen Wartens auf eine Entscheidung sterbe er einen „Seelentod auf Raten“. Dabei sei es ihm schon immer schwer gefallen lange zu warten.

#### **Medikamentenanamnese:**

##### Aktuelle Medikation:

**Cannabis-Blüten „Pedanios“ 20/1:** 4,1 g/die, seit 2 Jahren. Nachdem er 2016 im Fernsehen gehört habe, dass es neuerdings möglich sei, dass ADHS-Patienten zu therapeutischen Zwecken Cannabis-Blüten aus der Apotheke beziehen könnten, habe er einen Antrag auf Sondergenehmigung beim BfArM gestellt. Im April 2017 habe er durch einen Gerichtsbeschluss die Berechtigung erhalten, Cannabis-Blüten ärztlich verschrieben zu bekommen. Für lange Zeit habe niemand geglaubt, dass ihm das helfen könne. Durch Herrn Dr. **[Name]** aus Berlin-Neukölln habe er schließlich Cannabis-Rezepte erhalten. Dabei sei die Dosierung von initial 2 g sukzessive über 2,5 g und 3 g auf bis 4,1 g/die erhöht worden, die er seither in unveränderter Dosierung regelmäßig täglich einnehme. Seit 2 Jahren nehme er durchgehend 4,1 g Cannabis-Blüten inhalativ pro Tag ein, das sei die optimale Dosierung; er habe kein Bedürfnis, die Dosis weiter zu

steigern. Seither nehme er aktuell kontinuierlich 130 g pro Monat des genannten Präparates ein. Zwei Wochen vor dem aktuellen Untersuchungstermin habe er beim Besuch einer Tante einmalig nur 1 g geraucht und habe sofort festgestellt, dass er „nervös“ und „kipkelig“ geworden sei. Ansonsten seien bisher keine wesentlichen vegetativen Entzugssymptome beobachtet worden.

Initial habe er einen Antrag auf die Verschreibung von Cannabis-Blüten aufgrund eines Aufmerksamkeitsdefizits/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) gestellt. Im Laufe einer ambulanten verhaltenstherapeutischen Behandlung seien neben dem ADHS jedoch auch andere Diagnosen hinzugekommen – u. a. eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, sowie eine posttraumatische Belastungsstörung. Die Cannabis-Blüten seien auch gegen seine chronischen Schmerzen wirksam.

Nachgefragt betonte Herr Z., dass er sich unter Cannabis ruhiger, konzentrierter, und lernbereiter fühle. Er könne sich bis zu 8 Stunden lang in der Schule hinsetzen und den erforderlichen Lernstoff lernen. In sozialen Kontakten verhalte er sich geschickter und interessierter, seit er jedoch aufgehört habe, „seine Medizin zu teilen“, hätten sich einige Freunde von ihm auch distanziert. Nachgefragt, ob in Bezug auf die Cannabis-Blüten auch negative Effekte bemerke, gab der Kläger an, dass er die inhalative Einnahmeform als unangenehm empfinde („vom Rauchen habe ich die Schnauze voll“); auch die zusätzliche Einnahme von Nikotin empfinde er als problematisch und wünsche sich in Zukunft Cannabinoide eher in Ölform oder über einen Verdampfer (Vaporizer) einzunehmen.

*Novaminsulfon* bei Bedarf bis 3x 500 mg bei Schmerzen.

Zuvor sei Diclofenac eingenommen worden.

**Sumatriptan** bei Bedarf, bei Migräne. Da er seit nunmehr etwa einem Jahr keinen Migräneanfall mehr erlitten habe, sei das Medikament seither nicht mehr eingenommen worden.

Medikamentenanamnese:

In Kindheit und Jugend seien ihm keine psychiatrischen Medikamente verschrieben worden. 2008 sei erstmalig die Diagnose einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) gestellt worden.

**Atomoxetin (Strattera):** Nach der initialen Diagnosestellung sei eine Medikation mit 80 mg Atomoxetin (Strattera) initiiert und bis zum Juni 2009 beibehalten worden. In dieser Zeit sei parallel kein Cannabis konsumiert worden; es habe auch kein sonstiger Beikonsum bestanden. Seit der Einnahme von Atomoxetin seien erstmalig Migräneanfällen und Schlafstörungen aufgetreten; im Februar 2009 sei es aufgrund einer Verhaftung zu einer vierwöchigen Unterbrechung der Medikation gekommen. Während des Haftaufenthaltes seien unter Atomoxetin-Karenz keine Migräneanfälle aufgetreten. Als Atomoxetin nach Entlassung aus der Haft wieder eingenommen worden sei, seien erneut Migräneanfälle und Durchschlafstörungen aufgetreten.

An positiven Effekten von Atomoxetin wurden durch Herrn Z. eine leichte Verminderung der Impulsivität und der inneren und psychomotorischen Unruhe erinnert.

**Venlafaxin:** Von April 2009 bis Juni 2009 sei das Antidepressivum Venlafaxin in einer Dosis von bis 150 mg/die eingenommen worden. Als er im Juni 2009 seinem behandelnden Psychiater gegenüber geäußert habe, dass er wieder Cannabis konsumiere, seien alle Medikamente sofort abgesetzt worden. Unter Venlafaxin habe er zum Teil erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen bemerkt; seit der Einnahme von Venlafaxin sei sein „Sexleben kaputt“. Er habe damals zum ersten Mal verstanden, „was Frauen meinen“, wenn sie von einem „vorzeitigen Samenerguss“ sprechen

würden. Unter Venlafaxin sei es zu einer schweren erektilen Dysfunktion und einem vollständigen Verlust der Libido gekommen. Einen günstigen Effekt habe Venlafaxin lediglich im Hinblick auf die Migräne gezeigt.

**Quetiapin:** Ab September 2009 habe Herr Z. für etwa 6 Wochen das atypische Antipsychotikum Quetiapin in einer Dosierung von 200 mg/die eingenommen. Dies sei aufgrund eines „extremen“ Speichelflusses als Nebenwirkung wieder abgesetzt worden. Zusätzlich sei es zu einer deutlichen Müdigkeit gekommen. Auch Quetiapin sei sehr zügig abgesetzt worden, als er eingeräumt habe, wieder Cannabis zu konsumieren.

**Methylphenidat (Medikinet):** Von Dezember 2011 bis März 2013 habe Herr Z. regelmäßig bis zu 80 mg/die Methylphenidat eingenommen. Darunter sei es zu einer Zunahme der Migräneattacken gekommen, so dass man das Medikament mit 150 mg/die Venlafaxin kombiniert habe, das zuvor gut gegen Migräneattacken vorgebeugt habe. Unter dieser Medikation sei es zu einer Gewichtszunahme von 30 kg von 72,5 kg auf 103 kg gekommen. Seine Konzentrationsleistung habe sich unter Methylphenidat „minimal“ gebessert; einen leichten günstigen Einfluss habe er ebenfalls im Hinblick auf die Aggressivität beobachtet. Auch wenn er sich weiterhin impulsiv verhalten habe, so habe er doch „weniger gebrüllt“, sich jedoch weiter „sehr bestimmt geäußert“. An zusätzlichen Nebenwirkungen wurden unter Methylphenidat das Auftreten von Schlafstörungen (vor allem Durchschlafstörungen, aber auch Einschlafstörungen) berichtet. Auch dieses Medikament sei abgesetzt worden, nachdem er eingeräumt habe, wieder Cannabis zu konsumieren.

Die Medikation sei ihm von einer „erfahrenen ADHS-Ärztin“ verschrieben worden, die 30 Jahre lang Erfahrungen mit ADHS-Patienten gesammelt habe. Er habe alle Tabletten jeweils ohne zusätzlichen Beikonsum eingenommen und der der behandelnden Ärztin jeweils zeitnah mitgeteilt, wenn es doch zu einem Beikonsum gekommen sei. Daher sei davon

auszugehen, dass es sich bei den beschriebenen Effekten tatsächlich um die Wirkungen der jeweiligen Substanz handele, ohne dass es zu wesentlichen Überlagerungen durch einen Beikonsum gekommen wäre.

2015 sei ein erneuter Behandlungsversuch mit Atomoxetin unternommen worden, das man im Rahmen einer stationären Entgiftung im Krankenhaus Havelhöhe in einer Dosierung von bis zu 80 mg/die wieder initiiert habe. Nach 2 Monaten sei es aufgrund des Auftretens von Nebenwirkungen erneut zu einer Hinzugabe von Venlafaxin gekommen. Diese medikamentöse Behandlung sei bis Februar 2016 fortgeführt worden.

*Amphetamin-Derivate* sowie *Modafinil* oder *Guanfacin* seien zur Behandlung des ADHS bisher nicht zur Anwendung gekommen.

**Beschwerdeschilderung:**

1. Hyperaktivität: Schon als Kind habe er unter Hyperaktivität gelitten. Er habe immerzu Fußball spielen und rennen wollen; Hausarrest sei für ihn daher „die größte Strafe“ gewesen. Er habe schon damals täglich viel Sport getrieben und laufe - wenn möglich - bis zum heutigen Tag täglich Strecken von bis zu 14 Kilometern, um seinen Überschuss an Energie abzubauen. Aufgrund seiner motorischen Unruhe sei er schließlich „aus der Schule geflogen“, da er im Unterricht als „Klassenclown“ aufgetreten sei. Bei Prüfungen habe er „immer gleich das richtige Ergebnis hingeschrieben“, ohne den Rechenweg deutlich zu machen. Dadurch sei er „immer schnell fertig“ gewesen, habe dabei jedoch schlechte Noten erhalten.

2. Impulsivität: Seit der Schulzeit sei eine Impulsivität bei ihm aufgefallen. Als er im Alter von neun Jahren aus der DDR in den Westen gekommen sei, habe er dort keinen Anschluss gefunden. Er sei in der Schule „keinem Ärger aus dem Weg gegangen“ und habe bereits in der 7. Klasse tägliche Auseinandersetzungen mit Neuntklässlern in Kauf genommen. Damals sei es häufig zu aggressiven Handlungen gekommen. Heute sei er nicht mehr

aggressiv, sondern gehe Streitigkeiten eher aus dem Weg. Seit seiner Ankunft in Berlin im Jahre 2011 sei es zu keinen weiteren Schlägereien mehr gekommen.

3. Konzentrationsstörungen: Diese seien seit der Schule bekannt, heute jedoch deutlich weniger schwer ausgeprägt als früher. Aufgrund der Besserung der Konzentrationsfähigkeit sei es ihm gelungen, sich zur Betreuungskraft für Demenzkranke weiterzubilden und die Weiterbildung mit einer Abschlussnote von 1,4 abzuschließen. Er glaube, dass er eine „sehr soziale Ader“ habe. Seit der Einnahme der Cannabis-Medikation könne er sich wesentlich besser konzentrieren, sei geduldiger und ruhiger.

4. Niedrige Frustrationstoleranz und Geduld: Es falle dem Kläger schwer, geduldig zu sein und auf etwas zu warten (das Warten „mache ihn verrückt“; mit dem Warten komme er „nicht klar“). Seit der Durchführung einer Traumatherapie habe sich die Frustrationstoleranz jedoch deutlich gebessert; zu dieser Besserung habe im wesentlichen Maße jedoch auch die Einnahme von Cannabisblüten beigetragen.

5. Schlafstörungen und Alpträume: Er leide drei- bis viermal pro Woche unter Alpträumen. Diese seien durch die Cannabisblüten und die erfolgte Psychotherapie ebenfalls besser geworden. Seit der Einnahme von Atomoxetin sei es vor allem zum Auftreten von Durchschlafstörungen gekommen. Nach der Erstdiagnose „ADHS plus Sucht“ im Dezember 2008 sei er in jeder Nacht vier- bis fünfmal für jeweils 5 Minuten aufgewacht, habe danach meistens jedoch weiter „dösen“ können, habe sich jedoch am nächsten Tag meistens unerholt gefühlt. Damals habe er nur selten in den Tiefschlaf gefunden.

6. Ängste und Misstrauen: Aufgrund von schlechten Erfahrungen mit anderen Menschen sei er sehr misstrauisch und vertraue den Menschen im Allgemeinen nicht mehr. Sein Vertrauen sei oftmals missbraucht worden. Er traue auch Ärzten nicht und brauche lange Zeit, um anderen Menschen

zu glauben und ihnen zu vertrauen. Er leide insbesondere unter sozialen Ängsten und vermeide es in den Keller zu gehen, da er im Jahre 1983 miterlebt habe, wie seine Schwester in einem Keller durch den Nachbarn vergewaltigt worden sei.

7. Chronische Schmerzen: Aufgrund einer Coxarthrose beidseits leide er seit etwa 5 Jahren unter Schmerzen. Er habe damals vermieden zum Arzt zu gehen, sondern sei weiter zum Arbeiten gegangen. 2018 sei ein MRT durchgeführt worden, in dem ein Bandscheibenvorfall und eine Arthrose festgestellt worden seien, auf deren Grundlage er eine Berufsunfähigkeit für Bauarbeiten erhalten habe.

8. Migräne: Seit vielen Jahren leide er unter einer Migräne mit Übelkeit, Erbrechen, Phono- und Photophobie, ohne Aura-Phänomene. Er habe aus diesen Gründen die S-Bahn nicht mehr benutzen können. Bis zu dreimal wöchentlich sei es bis zu 3-4 Stunden lang zu Migräneattacken gekommen. Seit etwa 16 Monaten seien die Migräneattacken deutlich rückläufig und würden seit einiger Zeit gar nicht mehr auftreten.

9. Sozialer Rückzug: Seit seinem Haftaufenthalt habe er sich sozial zurückgezogen und halte sich vorwiegend in seiner Wohnung auf. In Stuttgart sei er aufgrund eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz „verraten“ worden, so dass es zu einer Hausdurchsuchung gekommen sei und er für 4 Wochen in der Justizvollzugsanstalt Stammheim eingesperrt habe. Diese Zeit habe ihn geprägt; bis heute könne er das Geräusch von Schlüsseln nicht ertragen und habe große Angst davor eingesperrt zu sein.

10. Angst in großen Menschenmengen: Große Menschenmengen seien beunruhigend; er müsse sich immer an ihrem Rande aufhalten, um den Fluchtweg zu sichern. Auch diese Symptomatik sei seit seinem Haftaufenthalt aufgetreten, als er „mit der ganzen Meute eingesperrt“ gewesen sei.

**Substanzanamnese:**

Alkohol: Erstkonsum im August 1989, im Alter von 14 Jahren. Er habe damals eine größere Menge Wein und Bier zu sich genommen und mit einer Alkoholvergiftung mit 2,1 Promille im Krankenhaus behandelt werden müssen. Danach sei Alkohol nur noch einmalig probiert worden, habe jedoch zu Würgereiz geführt, so dass Alkohol mittlerweile nur noch sehr selten und in geringeren Mengen getrunken werde, wenn er sich in Gesellschaft befinde.

Opioide: Opioide wie Heroin, Opium oder synthetische Opioide seien zu keinem Zeitpunkt probiert oder konsumiert worden.

Cannabinoide: Erstkonsum im Alter von 17 Jahren. Der erste „Joint“ sei zu stark dosiert gewesen und habe zu Übelkeit und Erbrechen sowie konsekutiv zu einem vermehrten Schlafbedürfnis geführt. Danach habe er sechs Monate lang kein Cannabis mehr konsumiert und erst nach diesem Zeitraum einen weiteren Versuch mit Cannabis unternommen, wobei jedoch deutlich weniger inhaliert worden sei. Er habe damals bemerkt, wie er unter der Cannabiswirkung ruhiger geworden sei, während er sich unter Alkoholeinwirkung aggressiv gefühlt habe. Er sei danach beim Cannabis „dabei geblieben“, wodurch das Leben „gemütlicher“ geworden sei. Anfangs habe er nur am Wochenende Cannabis geraucht.

1992-1993 habe er 18jährig für 15 Monate den Zivildienst auf der onkologischen Abteilung eines Krankenhauses durchgeführt und in dieser Zeit kein Cannabis eingenommen. Ab 1993 sei an den Wochenenden wieder konsumiert worden; für einen regelmäßigen Konsum sei ihm die Substanz zunächst jedoch zu teuer gewesen. Im Verlauf habe sich sein Konsum „verlagert“ auf eine sporadische Einnahme von Amphetaminen und Ecstasy. Nach der Einnahme einer Ecstasy (MDMA)-Pille habe er zum ersten Mal in seinem Leben mit MDMA gelernt, locker zu werden und

zwanglos zu tanzen. In diesem Zustand habe er auch seine heutige Ex-Frau kennengelernt, die jedoch „clean“ gewesen sei.

1993-1995 sei Cannabis häufiger nach dem Feierabend zur Entspannung und Erholung nach einem stressigen Arbeitstag konsumiert worden. Ab 1995 habe er täglich, jedoch ebenfalls immer nur abends Cannabis konsumiert, da seine Familie „Vorrang gehabt“ habe. Der Konsum sei in einer Dosierung von 1,5 g/die unter der Woche und 2 g/die am Wochenende bis zum Jahre 2009 in dieser Form fortgesetzt worden. Im Februar 2009 sei er von einer ihm bekannten Person bei der Polizei verraten worden. Nachdem man 145 g Cannabis-Blüten im Rahmen einer Hausdurchsuchung bei ihm gefunden habe, sei er für vier Wochen inhaftiert worden. Es habe sich dabei jedoch ausschließlich um Eigenbedarf gehandelt; er habe eine so große Menge erworben, um Geld zu sparen. Nach vier Wochen Haft sei Herr Z. entlassen worden. Es sei bisher zu keinen weiteren Konflikten mit dem Gesetz gekommen.

2009 habe er erstmalig die psychiatrischen Diagnosen ADHS und Cannabis-Abhängigkeitssyndrom erhalten. Damals habe er noch an die Diagnose des Cannabis-Abhängigkeitssyndroms „geglaubt“, denn schließlich habe sein Arzt gesagt, „dass er süchtig“ sei. Dabei habe er sich selbst nicht als süchtig erlebt. Nicht zuletzt aufgrund seines damaligen Jobs als LKW-Fahrer habe er z. B. morgens nie Cannabinoide konsumiert; 2009 sei es aufgrund der ADHS-Medikation für eine längere Zeit zu einer Cannabiskarenz gekommen; zwischen Dezember 2008 und Juni 2009 sei kein Cannabis konsumiert worden.

Nachgefragt gab Herr Z. an, Cannabis durchgehend in einer relativ gleichbleibenden Menge eingenommen zu haben; höhere Mengen habe er sich „nicht leisten können“. Zudem habe er erst nach Abschluss der Arbeit am Feierabend Cannabis eingenommen („erst die Arbeit, dann das Vergnügen“). Initial habe er nur 2 g/die eingenommen, da die Cannabis-

Blüten ihm zu teuer gewesen seien. Er habe Cannabis immer zusammen mit Tabak inhaliert, damit er mehr rauchen könne.

Sedativa und Hypnotika: Bisher nie probiert oder konsumiert.

Amphetamin-artige Stimulanzien: Im Jahre 1994 habe er insgesamt achtmal Amphetamin per nasal eingenommen und darunter Schlafstörungen entwickelt. Im selben Jahr habe er etwa 10-11mal MDMA-Tabletten (Ecstasy) eingenommen und dabei vorwiegend positive Erfahrungen gesammelt. Nachdem er seine abstinenten Ex-Freundin kennengelernt habe, sei der mit Stimulanzienkonsum assoziierte Besuch von Tanzveranstaltungen beendet worden; Methamphetamin („Crystal Meth“) sei zu keinem Zeitpunkt probiert worden.

Halluzinogene: Um 1994 habe er insgesamt dreimal LSD eingenommen. Er habe darunter einen „Horrortrip“ erlebt und „mit Gott gesprochen“. Es habe sich dabei um einen hochgradig unangenehmen Effekt gehandelt („nicht meine Welt!“). Andere Halluzinogene einschließlich Ketamin seien bisher nie eingenommen worden.

Flüchtige Inhalantien: Wurden nie probiert oder konsumiert.

Stationäre Entgiftungen: Im April 2009 habe er nach dem Haftaufenthalt eine Therapie als Auflage durchgeführt („Therapie statt Strafe“). Dabei habe er sich im Bürgerhospital Stuttgart für 3 Wochen einer Cannabis-Entgiftung unterzogen, sei jedoch bereits zu Beginn der Behandlung abstinent gewesen, so dass der Befund im Drogen-Urin schon ab Beginn negativ gewesen sei. Im Mai 2015 habe er im Krankenhaus Havelhöhe von Cannabinoiden entgiftet.

Entwöhnungsbehandlungen: Im Anschluss an die Entgiftung in Havelhöhe habe er von Juni 2015 bis Februar 2016 stationär im F42 in Neukölln eine

Entwöhnung durchgeführt. In derselben Einrichtung sei zuvor – ebenfalls im Rahmen einer gerichtlichen Auflage – von August 2011 bis Juni 2012 eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt worden. Es handele sich dabei um eine anspruchsvolle Behandlung, bei der man einen „harten Willen benötige“, da im unmittelbaren Umfeld der Institution überall Cannabinoide vorhanden seien und auf der Straße angeboten werden würden. Herr Z. sei im [REDACTED] eine Zeit lang Patientensprecher gewesen und habe in dieser Rolle zwischen dem Behandlungsteam und den Patienten vermittelt.

Nachgefragt verneinte Herr Z. zunächst psychovegetative Entzugssymptome, bejahte im Verlauf jedoch das Auftreten von innerer und psychomotorischer Unruhe bei Cannabiskarenz.

#### **Psychiatrische Anamnese:**

Ab Dezember 2008 sei Herr Z. in der ADHS-Ambulanz im Bürgerhospital Stuttgart behandelt worden, wo auch die Erstdiagnose ADHS gestellt worden sei. Seine Erkrankung sei als besonders schwer gradig eingeschätzt worden – der behandelnde Arzt habe geäußert, dass es sich um ein „ADHS mit 911 Turbolader im Arsch“ handle. Die Behandlung in der Ambulanz habe bis zum Juni 2012 angedauert, wonach er durch einen Hausarzt weiter behandelt worden sei. Herr Z. habe schließlich eine Mitteilung vom Krankenhaus mit der Information erhalten, dass Atomoxetin nicht mehr durch die Krankenkasse übernommen werde, da für das Medikament zu diesem Zeitpunkt keine Zulassung für die Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter vorgelegen habe.

Sonstige psychiatrische Erkrankungen einschließlich Depressionen, Psychosen und anderen Störungen in der Vorgeschichte wurden verneint.

Herr Z. sei bisher zu keinem Zeitpunkt stationär psychiatrisch behandelt worden. Eine ambulante Verhaltenstherapie bestehe seit August 2018 bei Frau [REDACTED] Berlin. Zusätzlich befinde er sich

in der Praxis J. in Berlin-Neukölln sowie bei der Psychiaterin E. in Neukölln in ambulanter Behandlung.

Es bestehe ein Grad der Behinderung von 50%. Aktuell sei er gemeinsam mit einem Sozialarbeiter auf der Suche nach einem betreuten Einzelwohnen, da er „alleine nicht mehr klar“ komme. Bis zum 18. Lebensjahr habe er in einer therapeutischen Wohngemeinschaft gelebt, die ihm vom Jugendamt vermittelt worden sei. Von 2008-2011 habe er in Stuttgart betreutes Einzelwohnen erhalten.

Nachgefragt vermeinte er den Kontakt zu Schulpsychologen und anderen Institutionen des psychiatrischen Hilfesystems.

#### **Biographische Anamnese:**

Seinen Vater habe Herr Z. nie kennen gelernt, auch wenn er dessen Namen kenne und wisse, dass dieser in Greifswald lebe und Großbauer sei. Das Geburtsdatum des Vaters wurde nicht gewusst. Die Mutter sei 1957 in Brandenburg an der Havel geboren und beruflich als Köchin tätig gewesen. Der Kontakt zu ihr wurde durchgehend als hoch problematisch dargestellt; sie sei „nur seine Gebärmaschine“ gewesen. Seine Mutter habe ihm mitgeteilt, dass er „ein Unfall“ gewesen sei und „ihr Leben versaut“ habe. Von der Mutter sei er häufig, auch mit Gegenständen, geschlagen worden, z. B. mit dem Kehrbesen oder Gürtel. Die Bestrafungen seien regelhaft stufenweise erfolgt: Er sei zunächst von der Mutter, danach vom Stiefvater geschlagen worden.

So erinnerte sich Herr Z., im Alter von 14 Jahren in einer Hertie-Filiale in Stuttgart im Sinne einer Mutprobe einen „Cliquendiebstahl“ begangen zu haben, wobei er zusammen mit mehreren weiteren Jugendlichen erwischt worden sei. Während alle anderen abgeholt worden seien, hätten seine Eltern sich geweigert, ihn abzuholen; vom Vater habe er zu Hause Schläge erhalten. Vom Richter sei er dazu verurteilt worden, einen Aufsatz darüber zu schreiben zum Thema: „Wo beginnt die Freundschaft, wo hört die

Freundschaft auf?“. Es habe sich dabei um eine erzieherische Maßnahme gehandelt, die der Jugendliche eher als positiv erlebt habe und die auf ihn eine nachhaltige Wirkung gezeigt habe. Im Gegensatz dazu habe seine Mutter der Richterin vorgeworfen, dass dies doch keine angemessene Strafe für eine so schwere Tat sei, da ihr Sohn ihrer Meinung nach dafür für mindestens vier Wochen inhaftiert werden solle.

Der Stiefvater sei 1947 geboren und mittlerweile berenteter Kraftfahrer. Auch zu ihm habe durchgehend ein schlechtes Verhältnis bestanden; Herr Z. sei regelmäßig durch den Vater geschlagen worden. Der Stiefvater sei 1970 in die gemeinsame Wohnung eingezogen, als das Kind 6 Jahre alt gewesen sei. Man habe ihn damals gezwungen, „Papa“ zu ihm zu sagen, nachdem er ihn eine Zeit lang nur mit dem Vornamen angesprochen habe. Auch sei Herr Z. durch Ausschluss von familiären Handlungen regelhaft bestraft worden, habe sich häufig am Wochenende allein in seinem Zimmer aufhalten und dort alleine zu Abend essen müssen. Die „Königsstrafe“ sei es gewesen, dass man ihn an Wochenenden alleine zu Hause in der Wohnung zurückgelassen habe.

Im Alter von 6 Jahren sei er in der Schule in Brandenburg a. d. Havel eingeschult worden, nachdem er sich zunächst in die Krippe gegeben worden sei, wo er von der Tante, die dort als Erzieherin tätig gewesen sei, aufgezogen worden sei. Zuvor sei er in seinen ersten drei Lebensjahren durch seine Großmutter mütterlicherseits aufgezogen worden. Die Oma sei „ein Traum“ gewesen; Herr Z. sei ihr erster Enkel gewesen, wobei die Großmutter sich immer einen eigenen Sohn gewünscht, jedoch selbst nur Töchter zur Welt gebracht habe. Damals habe auch die Mutter des Klägers noch bei der Großmutter gelebt, bis sie in eine eigene Wohnung gezogen sei. Damals habe die Mutter eine eigene Gaststätte betrieben und sei daher nur selten zu Hause gewesen. Das Kind habe keine Umarmungen erhalten und der Satz „Ich habe Dich lieb“ sei ihm aus seiner Kindheit und Jugend gänzlich unbekannt geblieben.

Herr Z. habe eine vier Jahre jüngere Halbschwester, die jedoch auch nicht leibliche Tochter seines Stiefvaters sei. Die Halbschwester sei „die Prinzessin“ der Familie gewesen und ganz anders behandelt worden als er. Bis heute bestehe kein guter Kontakt zu ihr, da er für sie in der Kindheit und Jugend regelhaft Schläge „einstecken“ müssen. Wenn sie etwas ausgefressen habe, habe man dem Kläger vorgeworfen, dass er nicht richtig auf sie aufgepasst habe. Ab dem dritten Lebensmonat sei Herr Z. in die Krippe gekommen; vom 3. bis 6. Lebensjahr habe er die Kindertagesstätte besucht. 1980 sei er 6jährig in der Grundschule in Brandenburg a. d. Havel eingeschult worden. Die Grundschulzeugnisse aus den Jahren 1980 bis 1984 aus der DDR seien nicht mehr vorhanden; er sei jedoch „keine helle Leuchte“ gewesen. In Fleiß habe er bisweilen sehr gute Noten erhalten; die Betragensnoten seien „miserabel“ gewesen. Soziale Kontakte seien ihm durchgehend leicht gefallen; eine gute Aufmerksamkeit habe er lediglich für die Themen entwickeln können, die ihn interessiert hätten.

Am 13.03.1984 sei die Familie aus der DDR nach Westdeutschland ausgereist, und nach Stuttgart gezogen. Da man davon ausgegangen sei, dass die Schulsysteme nicht äquivalent seien, habe man ihn damals von der 4. in die 3. Klasse zurückgestuft, wobei es sich um „den größten Fehler“ gehandelt habe. Er habe sich seither in der Schule vorwiegend gelangweilt und sei ab dieser Zeit „der Klassenclown“ geworden.

Ab 1985 habe er die Gerhart-Hauptmann-Hauptschule besucht und diese im Jahre 1990 mit mangelhaften Noten und einem Abgangszeugnis ohne Schulabschluss beendet. Bis auf die Rückstufung nach Ankunft in Stuttgart seien keine weiteren Klassen wiederholt worden.

Ab 1991 erfolgte die Ausbildung zum Kfz-Mechaniker; aufgrund von zahlreichen Fehlzeiten in der Berufsschule sei Herrn Z. jedoch nach etwa 9 Monaten gekündigt worden („zu viel blau gemacht“). Im selben Jahr habe er den Hauptschulabschluss nachgeholt und mit einer Durchschnittsnote von 3,3 abgeschlossen.

Von 1992-1993 sei der Ersatzdienst abgeleistet worden; von 1993-2018 sei er als Bauhelfer und Schweißer auf Baustellen für zahlreiche unterschiedliche Firmen tätig und seither bis auf wenige kurze Unterbrechungen durchgehend berufstätig gewesen.

1995 habe er seine spätere Ehefrau kennengelernt; 1999 sei geheiratet worden und das Paar sei zusammengezogen. 1999 sei die gemeinsame Tochter zur Welt gekommen. Zu ihr bestehe heute kein Kontakt mehr, da sie den Kläger „für ein Arschloch“ halte, seit er 2008 aus der gemeinsamen familiären Wohnung ausgezogen sei.

Der im Jahre 2004 geborene Sohn lebe noch in Stuttgart und leide ebenfalls an einem ausgeprägten ADHS. Auch er werde durch eine Einzelfallhilfe unterstützt. Es bestehe Kontakt zu ihm, auch wenn der Kontakt „nicht perfekt“ sei. Herr Z. habe große Angst, seinen Sohn zu enttäuschen; er habe ihm fest versprochen, dass nun „Verlass“ auf ihn sei, seit er seine „Medizin“ bekomme. Er bedauere sehr, seinen Sohn wiederholt schwer enttäuscht zu haben.

Seine Ex-Ehefrau sei 2002 und 2003 von seinem besten Freund des Klägers schwanger gewesen; beide Male sei eine Abtreibung durchgeführt worden. Beim ersten Mal habe Herr Z. seine Ex-Frau unterstützt; dabei habe es sich um einen „großen Fehler“ gehandelt. Danach habe Herr Z. „rumgeeiert“ mit seiner Partnerschaft; wegen der Familie habe er sich an seiner Ex-Frau „festgeklammert“. Diese sei im weiteren Verlauf mit seinem besten Freund zusammengekommen, sich später jedoch wieder von ihm getrennt und führe heute eine Beziehung mit einer Frau.

Ab 2008 habe der Kläger in einer eigenen Zwei-Zimmer-Wohnung in Stuttgart gelebt und sich 2009 in Haft befunden. 2011 sei er wegen der Cannabis-Entwöhnungsbehandlung im F42 nach Berlin gereist. Herr Z. habe jedoch auch deshalb nach Berlin ziehen wollen, um der

unangenehmen Situation mit seiner Ex-Ehefrau zu entgehen, nachdem „da ein Typ“ in seine Wohnung eingezogen sei. In Berlin habe er eine weitere Partnerschaft für sechs Monate gehabt, die vor einem halben Jahr beendet worden sei. Nach den Erfahrungen mit seiner Ex-Frau könne er „kein Vertrauen mehr aufbauen“. Er gehe jedoch offen mit seinem Misstrauen um und reagiere schneller auf bestimmte Verhaltensweisen. Aktuell vermeide er neue Partnerschaften, da er sich selbst eher als Belastung denn als eine Bereicherung empfinde.

Seit seiner Ankunft in Berlin 2011 seien keine weiteren Probleme mit dem Gesetz aufgetreten; in Berlin sei die Polizei „lockerer“ und er empfinde die Stadt insgesamt als „gemütlicher“. Bis 2018 sei er in Berlin weiter als Schweißer und Bauhelfer tätig gewesen und habe über den Suchthilfeträger ADV eine Umschulung zum Tischler begonnen. Die Ausbildung sei jedoch aufgrund von Cannabiskonsum beendet worden, da es sich um eine Institution mit Abstinenzgebot gehandelt habe.

2018 sei aufgrund von Berufsunfähigkeit eine Umschulung zum Betreuer durchgeführt und abgeschlossen worden; aufgrund seiner Einträge im Führungszeugnis habe er bisher jedoch noch keinen Job gefunden. Aktuell beziehe er für zwei Jahre Erwerbsunfähigkeitsrente, um „zur Ruhe zu kommen“. Für die kommende Zeit sei auch die Durchführung einer traumaspezifischen Psychotherapie geplant. Nach Ablauf der vorübergehenden Berentung werde er noch insgesamt nur sechs Jahre lang berufstätig sein müssen, da er mittlerweile seit insgesamt 29 Jahren arbeite. Er gehe davon aus, dass er nach Ablauf dieser Zeit „ohne Abschlüsse“ Rente beziehen werde.

**Eigene erhobene Befunde:****Psychischer Befund:**

Erster Eindruck: Der Kläger erschien mehrere Wochen vor der ersten Ladung bereits unangekündigt zur Konsultation, um nachzufragen, wann der Begutachtungstermin nun endlich stattfinden werde. Er zeigte sich dabei zwar freundlich, jedoch deutlich angespannt und unter Druck stehend sowie psychomotorisch unruhig. Nachdem er einen Hinweis auf den bevorstehenden Ladungstermin erhielt, war er damit einverstanden und schien deutlich entlastet zu sein.

Herr Z. erschien zum geladenen Untersuchungstermin nach vorangehender telefonischer Bestätigung pünktlich und in gutem Allgemein- und Pflegezustand. Zu Beginn des Gesprächs wirkte er erneut deutlich nervös und angespannt und räumte dies auch nach kurzer Zeit ein. Bei der aktuellen Begutachtung stehe für ihn sehr viel auf dem Spiel; andererseits sei er auch sonst vor geladenen Terminen und sonstigen Arztkontakten unruhig und aufgeregt. Nach einigen klärenden Informationen konnte Herr Z. sich jedoch gut auf die Untersuchung einlassen und kooperierte zu jedem Zeitpunkt problemlos.

Bewusstseinslage: Wach, bewusstseinsklar, keine Hinweise für quantitative oder qualitative Störungen des Bewusstseins; klinisch kein Hinweis für eine aktuelle Intoxikation durch Psychoaktiva.

Orientierung: Zur Person, Situation („Begutachtungssituation“), zum Ort (Institution und Adresse wurden gewusst), zur Zeit (Datum und Jahreszeit konnten benannt werden) allseits scharf orientiert.

Konzentrationsleistung: Die Konzentrationsleistung war klinisch weitgehend intakt; Herr Z. konnte dem Gesprächsverlauf über einen längeren Zeitraum gut folgen und adäquat antworten. Die serielle Subtraktion (99-7)

verlief bis 1 rasch und fehlerlos. Damit war zum aktuellen Zeitpunkt keine höhergradige Störung der Konzentrationsleistung objektivierbar.

Mnestik: Subjektiv wurden leichtere mnestiche Einschränkungen angegeben; von fünf Begriffen wurden fünf direkt nachgesprochen, damit keine höhergradige Störung des Immediatgedächtnisses. Nach über 10 Minuten wurden von fünf Begriffen noch drei erinnert; damit fraglich leichte Störung des Kurzzeitgedächtnisses bei fraglichem Einfluss der Nervosität in der Untersuchungssituation. Kein Anhalt für Störung von Zeitgitter oder Altgedächtnis.

Auffassungsgabe: Die Auffassungsgabe war im Gesprächsverlauf unauffällig; Oberbegriffe von Begriffsgruppen (Apfel, Birne, Banane = Obst; Fahrrad, Schiff, Flugzeug = Transportmittel) sowie Unterschiede von Begriffspaaren (Leiter vs. Treppe) konnten größtenteils benannt und beschrieben werden; der Unterschied zwischen einem Kind und einem Zwerg konnte nicht erläutert werden. Damit war insgesamt keine klinisch relevante Störung der Auffassungsgabe zu eruieren.

Formales Denken: Geordnet, normales Tempo; es wurde eine Grübelneigung angegeben, die sich seit Beginn des gerichtlichen Verfahrens verstärkt habe.

Phobien und Befürchtungen: Herr Z. fühle sich unwohl in größeren Menschenansammlungen; es bestehe jedoch kein Vermeidungsverhalten. Somit keine klinisch relevante phobische Störung eruierbar.

Panikattacken: Klinische Hinweise für Panikattacken konnten nicht eruiert werden.

Generalisierte Ängste und Misstrauen: Generalisierte Ängste im Sinne einer generalisierten Angststörung wurden nicht konsistent beschrieben; Herr Z. gab an, häufig misstrauisch zu sein, was in der Untersuchungssituation

jedoch nur wenig spürbar wurde. Er gab an, „keine Liebe zu kennen“, da er von seiner Mutter und seiner Ex-Frau „beschissen“ worden sei. Daher sei er insbesondere misstrauisch in Bezug auf Partnerschaften.

Inhaltliche Denkstörungen: Keine Hinweise für wahnhaftes Erleben, insbesondere kein paranoides, hypochondrisch-wahnhaftes oder sonstig geartetes wahnhaftes Erleben.

Sinnestäuschungen: Kein Anhalt für Sinnestäuschungen; keine Hinweise für Flashback-Erleben oder Intrusionen.

Ich-Störungen: Keine Hinweise für schizophreniforme Ich-Störungen wie Gedankenausbreitung, Gedankeneingabe oder Gedankenentzug; kein Depersonalisations- oder Derealisationserleben eruierbar.

Affekt: Wechselhaft; wiederholt gedrückt-weinerlicher Affekt. Herr Z. beschrieb eine deutliche innere Unruhe und Anspannung; es falle ihm sehr schwer, insbesondere in der Untersuchungssituation entspannt zu bleiben. Eine langjährig bestehende innere und psychomotorische Unruhe wurde konsistent jedoch auch unabhängig davon beschrieben.

Psychomotorik: Psychomotorische Unruhe mit vermehrtem spontanem Redebedürfnis.

Antrieb: Der Antrieb sei „schon immer“ vermehrt gewesen und häufig mit impulsiven Verhaltensweisen einhergegangen.

Schlaf: Herr Z. beschrieb chronische Schlafstörungen im Sinne von Durchschlafstörungen, die unter Einnahme von Cannabisblüten etwas besser geworden seien. Durch die Cannabismedikation werde er etwas weniger häufig wach. In einer Untersuchung seines Schlafverhaltens sei eine Schlafstörung nachgewiesen worden.

Circadiane Besonderheiten: Verschlechterung der Stimmung abends.

Suizidalität: Herr Z. war von akuter Suizidalität glaubhaft distanziert und verneinte jegliche Suizidgedanken oder -impulse. Auch anamnestisch zu keinem Zeitpunkt akute Suizidalität, keine Suizidversuche.

Selbstverletzendes Verhalten: Zu keinem Zeitpunkt selbstverletzende Handlungen; er habe auch nie Andere verletzt, außer wenn er von Anderen angegriffen worden sei und sich habe verteidigen müssen.

Wender-Utah-Rating-Scale, Kurzversion (WURS-k) vom 04.12.2019:

58 Punkte (der Cut-Off-Wert liegt bei 30 Punkten; über 30 Punkte sind ein Hinweis auf das Vorliegen eines ADHS).

Die WURS-k ist eine Skala zur retrospektiven Erfassung von ADHS-Symptomen im Alter von 8-10 Jahren, die standardmäßig in der Diagnostik von ADHS im Erwachsenenalter zum Einsatz kommt.

**Beantwortung der Beweisfragen:**

**Zu 1.)**

- **Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung** (ICD-10: F90.0)
- **Verdacht auf nicht-organische Schlafstörung** (ICD-10: G51.9)
- **Migräne ohne Aura** (ICD-10: G43.0)
- **Coxarthrose beidseits** (ICD-10: M16.9)

**Zu 2.)**

Die Diagnose der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) kann als gesichert angesehen werden. Für die Diagnose sprechen die Eigenanamnese des Klägers in Bezug auf das Verhalten seit der Schulzeit. Auch wenn die Grundschulzeugnisse inklusive der Betragensnoten nicht vorlagen, fanden sich in der Eigendarstellung des Klägers konsistente Hinweise für das Vorliegen einer entsprechenden Symptomatik bereits im

Kindesalter. Im aktuell durchgeführten Screening-Test (WURS-k) wurde ein hoher Wert für ADHS-Symptome festgestellt. Auch klinisch zeigte der Kläger in der Untersuchung deutliche Zeichen einer Hyperaktivität, auch wenn die Symptomatik unter der aktuellen Behandlung mit Cannabinoiden im Vergleich zu vorher als deutlich gebessert beschrieben wurde. Auch in Bezug auf die früheren Gutachten und Berichte der behandelnden Ärzte besteht weitgehende Einigkeit in Bezug auf die ADHS-Diagnose.

Zudem wurden durch den Kläger und seine behandelnden Ärzte konsistent Symptome einer länger bestehenden Schlafstörung beschrieben.

### **Zu 3.)**

Beim ADHS des Klägers handelt es sich um eine schwerwiegende Erkrankung im Sinne des BSG-Urteils vom 13.12.2016, da die Erkrankung zwar nicht als akut lebensbedrohlich zu betrachten ist, sie seine Lebensqualität jedoch dauerhaft und nachhaltig beeinträchtigt. Es handelt sich um eine seit der Kindheit bestehende, chronische psychische Erkrankung, die einer dauerhaften Behandlung bedarf.

Die Erkrankung führte in der Vergangenheit seit der Kindheit und Jugend wiederholt zu Verhaltensweisen, die als in erheblicher Weise lebensqualitäts-mindernd anzusehen sind. Die Symptomatik begünstigte Schwierigkeiten in der Schule, und vermutlich den Erhalten von schlechteren Resultaten in der primären Schul- und Berufsausbildung. Konsekutiv kam es seit der zweiten Dekade zu diversen Selbstmedikationsversuchen, die Substanzen wie Cannabinoide, aber auch Stimulanzien in zunächst scheinbar wahlloser Weise umfassten. Die Prognose der Erkrankung ist unbehandelt als ungünstig anzusehen; es ist von einer längerfristigen und möglicherweise lebenslangen Behandlungsnotwendigkeit auszugehen.

**Zu 4.)**

Die Verordnung von Medizinal-Cannabis-Blüten soll zur Behandlung der ADHS-Erkrankung erfolgen; als Nebeneffekt beschrieb Herr Z. konsistent Symptome einer bisher nicht abschließend zu klassifizierenden, ebenfalls chronisch bestehenden Schlafstörung, auf die sich die Einnahme der Cannabinoide offenbar günstig auswirke. Auch auf Schmerzen im Zusammenhang mit einer bds. chronischen Coxarthrose zeige die Einnahme von Medizinal-Cannabis bei ihm eine günstige Wirkung.

**Zu 5.)**

Die ADHS-Erkrankung wurde sei der Erstdiagnose im Jahre 2008 mit diversen Medikamenten behandelt:

a) *Atomoxetin (Strattera)*: Behandlung von 2008 bis Juni 2009 in einer Dosierung von bis zu 120 mg. In dieser Zeit sei es zu keinem Beikonsum von Cannabinoiden oder anderen Psychoaktiva gekommen. Unter der Medikation seien kaum positive Effekte auf die ADHS-Symptomatik beobachtet worden, vielmehr sei es zu einem erstmaligen Auftreten einer Migräne ohne Aura und zu erheblichen Schlafstörungen gekommen. Als die Medikation durch eine Inhaftierung abrupt beendet wurde, kam es zu einem Sistieren der Migräneattacken; nach Wiedereinnahme der Medikation traten laut Angaben des Klägers erneut Migräneattacken auf. Er habe sich unter Atomoxetin in geringem Maße ruhiger und etwas weniger impulsiv gefühlt und verhalten. 2015-2016 sei im Krankenhaus Havelhöhe ein erneuter frustraner Behandlungsversuch mit Atomoxetin unternommen worden.

b) *Venlafaxin*: Das duale Antidepressivum sei von April 2009 bis Juni 2009 in einer Dosierung von bis zu 150 mg eingenommen worden und durch die behandelnde Ärztin abgesetzt worden, als Beikonsum von Cannabinoiden bekannt geworden sei. Herr Z. habe unter dem Medikament unter erheblichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen gelitten, einschließlich einer auch über die Zeit der Einnahme des Medikaments hinausgehenden sexuel-

len Funktionsstörung im Sinne eines Libidoverlusts und einer erektilen Dysfunktion. Eine Besserung der ADHS-Symptomatik sei nicht aufgetreten; allerdings sei die Migränesymptomatik unter Venlafaxin zurückgegangen.

c) **Quetiapin**: Ab September 2009 habe er das atypische Antipsychotikum Quetiapin in einer Dosis von bis zu 200 mg eingenommen. Dabei handelt es sich nicht um ein Medikament, das für die Behandlung von ADHS zugelassen ist. Vielmehr können bei einigen Betroffenen unspezifische sedierende Effekte zu günstigen Effekten auf psychomotorische Störungen führen, die jedoch wissenschaftlich bisher nicht belegt wurden. Im Falle des Klägers kam es offenbar zum Auftreten von Nebenwirkungen, jedoch zu keinen wesentlichen Effekten auf die Zielsymptomatik.

d) **Methylphenidat (Medikinet)**: Das für die Behandlung von ADHS zugelassene Stimulans sei in der Zeit von Dezember 2011 bis März 2013 in einer Dosis von 80 mg eingenommen worden. Es sei unter der Medikation zu einer „minimalen“ Besserung der Konzentration und einer Besserung der Aggressivität bei weiter bestehender Impulsivität gekommen. Unter Methylphenidat sei es zu einer Zunahme der Migräne, aber auch zum Auftreten von erheblichen Schlafstörungen gekommen.

e) **Medizinal-Cannabis-Blüten**: Seit Juni 2016 Medikation mit Cannabis-Blüten; Besitz einer Ausnahmegenehmigung durch das BfArM. Unter den Cannabis-Blüten sei es zu einer wesentlichen Verbesserung der Symptomatik gekommen. Er empfinde sich als deutlich ruhiger, konzentrierter und lernfähiger. In einer Fortbildung habe er mit Hilfe von Cannabis acht Stunden lang kontinuierlich im Unterricht sitzen und Lernstoff lernen können. Er habe eine Verbesserung der Lebensqualität durch eine Verbesserung von sozialen Kontakten und eine Zunahme seines Interesses an verschiedenen Dingen bemerkt. An unerwünschten Wirkungen gab Herr Z. an, den Vorgang der inhalativen Einnahme zunehmend als unangenehm zu empfinden.

**Zu 6.)**

Es stehen mehrere allgemein anerkannte, medizinischen Standards entsprechende Leistungen zur Verfügung: Zu diesen zählen:

- 1) Methylphenidat (BTM-pflichtiges Stimulans)
- 2) Amphetamin (BTM-pflichtiges Stimulans)
- 3) Atomoxetin.

Zusätzlich steht entsprechend der aktuellen AWMF-Leitlinie das Antihypertensivum 4) Guanfacin zur Verfügung.

**Zu 7.)**

Von den vorhandenen Behandlungsalternativen stehen im konkreten Fall des Klägers noch das Stimulans Amphetamin sowie das Antihypertensivum Guanfacin zur Verfügung.

**Zu 8.)**

In Bezug auf Amphetamin besteht bei Herrn Z. keine klare Kontraindikation; allerdings kam es in der Vorgeschichte im Rahmen eines Selbstmedikationsversuchs mit Amphetamin-artigen Stimulanzien nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der ADHS-Symptomatik. Zudem kam es unter der Einnahme von ebenfalls der Gruppe der Stimulanzien zugehörigen Methylphenidats zu anhaltenden und klinisch relevanten Schlafstörungen, wobei durch die Einnahme von Amphetamin eher von einer Verschlechterung der ohnehin bestehenden Schlafstörung bei eher unwahrscheinlicher Besserung der Zielsymptomatik auszugehen ist.

Dagegen besteht keine Kontraindikation in Bezug auf Guanfacin; für dieses bestehen gewisse Hinweise für eine positive Wirkung auf ADHS-Symptome, und das Medikament wird neben den oben genannten Optionen auch in der aktuellen Leitlinie empfohlen (AWMF 2017).

**Zu 9.)**

Das verordnete Medizinal-Cannabis könnte sich positiv auf den weiteren Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome auswirken, da Herr Z. konsistent eine Verbesserung nicht nur der kognitiven, sondern auch der funktionalen Beeinträchtigungen seit der kontrollierten Einnahme von Cannabis-Blüten beschrieb. Diese wurde auch durch die behandelnden Ärzte berichtet.

**Zu 10.)**

Es bestehen keine absoluten Kontraindikationen in Bezug auf den therapeutischen Einsatz von Medizinal-Cannabis bei Herrn Z.

**Zu 11.)**

In bisherigen Studien konnte eine Wirksamkeit von Cannabinoiden in der Behandlung des ADHS nicht belegt werden; auch eine rezente Meta-Analyse (Hoch et al., 2019) konnte keine Wirksamkeit in dieser Indikation belegen. Auch in der aktuellen AWMF-Leitlinie wird die Behandlung des ADHS mit Cannabis nicht empfohlen (AWMF 2017). In einer einzelnen Studie fanden sich bisher Hinweise auf leichte positive Effekte von Cannabis auf ADHS-Symptome (Cooper et al. 2017). Andererseits bestehen zahlreiche anekdotische Berichte über eine vielversprechende Effekte von Cannabinoiden auf die ADHS-Symptomatik.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die fehlende Evidenzlage für eine Cannabis-Behandlung des ADHS zu einem wesentlichen Teil auch der Tatsache geschuldet ist, dass bisher nur wenige Studien zur therapeutischen Anwendung von Cannabinoiden bei psychischen Erkrankungen durchgeführt wurden. Dabei besteht ein deutliches Missverhältnis zwischen den durch die Befürworter des Medizinal-Cannabis empfohlenen Indikationen und der tatsächlichen Datenlage, die insgesamt als spärlich zu betrachten ist (Vgl. Hoch et al. 2019). Dies bedeutet jedoch nicht, dass

Cannabis in der Behandlung von ADHS in Einzelfällen grundsätzlich nicht wirksam ist; bisher fehlt es allerdings an ausreichend fundierten wissenschaftlichen Untersuchungen.

**Zu 12.)**

*Zum sozialmedizinischen Gutachten von Frau Dr. K. vom 30.03.2017 (Blatt 148-151, Az.: S36 KR 359/17 ER):*

Die Gutachterin Dr. K. geht davon aus, dass bei Herrn Z. keine schwerwiegende Erkrankung im Sinne eines ADHS vorliege, sondern dass es sich um ein behandlungsbedürftiges Cannabisabhängigkeitssyndrom handele. Sie geht weiterhin davon aus, dass die Behandlung mit Atomoxetin ausschließlich im Rahmen der stationären Rehabilitationsbehandlung aufgrund von Verhaltensstörungen bei Cannabisabhängigkeit durchgeführt worden sei und kommt zu dem Schluss, dass bei dem Kläger daher die Behandlung des Cannabisabhängigkeitssyndroms mit dem Ziel einer Cannabisabstinenz mit begleitender Psychotherapie zu priorisieren sei. Des Weiteren geht sie davon aus, dass es sich bei Cannabinoiden um keine wissenschaftlich belegte Behandlungsoption für ADHS handele.

Ich widerspreche Frau Dr. K. im Hinblick auf das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung im Allgemeinen und auf das Vorliegen eines ADHS im Speziellen. Die Diagnose konnte sowohl klinisch, im kurzen Screening-Test, als auch anamnestisch und anhand der Angaben der bisher behandelnden Ärzte bestätigt werden. Eine ausgeprägte ADHS-Symptomatik liegt bei dem Kläger mit hoher Wahrscheinlichkeit seit der Kindheit vor und führte zu mehreren spezifischen Behandlungsversuchen. Dabei kamen die Medikamente Atomoxetin und Methylphenidat in einem ausreichend langen Zeitraum zur Anwendung. Diese führten zu keiner ausreichenden Wirksamkeit bzw. zu erheblichen unerwünschten Wirkungen, so dass eine weitere Behandlung mit diesen Medikamenten nicht zumutbar erscheint. Bei ADHS handelt es sich insofern um eine

schwerwiegende Erkrankung, als es auf Dauer zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung der Lebensqualität kommt. Zudem ist nicht plausibel, dass Atomoxetin in der Vorgeschichte zur Behandlung einer Verhaltensstörung bei Cannabisabhängigkeit eingesetzt worden sei. Ich widerspreche Frau Dr. K. auch dahingehend, dass die Behandlung des letztgenannten Krankheitsbilds primär im Fokus der Behandlung stehen sollte. Ich stimme Frau Dr. K. dahingehend zu, dass die Wirksamkeit von Cannabisblüten in der Behandlung von ADHS wissenschaftlich bisher nicht belegt wurde. Es existieren anekdotische Berichte über die Selbstmedikation und Behandlung des ADHS mit Cannabis, sowie eine einzelne randomisiert-kontrollierte Studie mit wenig überzeugenden Ergebnissen (Cooper et al. 2017); qualitativ hochwertige, randomisiert-kontrollierte Studien mit einer ausreichend hohen Fallzahl sind bisher jedoch nicht vorhanden. Daher würde es sich im Falle einer Behandlung mit Cannabis-Blüten bei Herrn Z. um einen individuellen Heilversuch im Sinne einer Ultima-ratio-Behandlung bei zuvor fehlender Wirksamkeit anderer, in dieser Indikation wissenschaftlich untersuchter Therapieoptionen handeln, die jeweils aus verschiedenen Gründen nicht weiter zum Einsatz kommen können.

*Zu den Ausführungen der MDK-Gutachterin Frau Dr. K. vom 05.04.2017 (Blatt 196-199, Az.: S 36 KR 359/17 ER):*

Ich widerspreche Frau Dr. K. im Hinblick auf die Einschätzung, dass es sich beim ADHS nicht um eine schwerwiegende Erkrankung handle. Insbesondere bei dem Kläger liegt eine die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit vor. Die Tatsache, dass in der Vorgeschichte eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt wurde, spricht meines Erachtens nicht grundsätzlich gegen den Einsatz von Cannabis-Blüten zur Behandlung des ADHS, sofern andere Behandlungsoptionen nicht in Frage kommen. Zur Frage der Halbwertszeit und der erforderlichen Dauer der Cannabis-Einnahme bei ADHS stimme ich Frau Dr. K. insofern zu, als dass wissenschaftliche Daten über die Anwendungs-

häufigkeit und Dosierung noch nicht erhältlich sind, so dass dies Zusammenhang mit einer regelmäßigen Berufstätigkeit zu unklaren Konsequenzen führen könnte. Ich stimme Frau Dr. K. auch dahingehend zu, dass die Datenlage zu ADHS und Cannabis spärlich ist. In der durch den Kläger und seine behandelnden Ärzte beschriebenen Einnahmeform und Frequenz von Cannabis-Blüten war es jedoch auch in der aktuellen Untersuchung konsistent nachvollziehbar, dass es unter Cannabis zu einer Verbesserung der Symptomatik und der Funktionalität von Herrn Z. gekommen ist.

*Zum sozialmedizinischen Gutachten von Frau Dr. K. vom 20.07.2017 (Blatt 56 ff., Az.: S 89 KR 2245/17):*

In ihrem Gutachten stellte Frau Dr. K. die Diagnose eines ADHS (ICD-10: F90.0). Sie verneinte dabei die Frage der schwerwiegenden Erkrankung und betonte die aus ihrer Sicht im Vordergrund stehende Cannabis-Abhängigkeit, die bereits zu einer Entwöhnungsbehandlung bei der ADV-Suchthilfe geführt habe. Dabei zitierte sie die Diagnose der Cannabis-Abhängigkeit und des schädlichen Gebrauchs von Kokain und Amphetamin. Zudem unterstrich sie den Verlauf der suchtspezifischen Behandlung bei ADV-Suchthilfe Berlin, wobei der Kläger im Verlauf selbst Einsicht in seine Abhängigkeitssymptomatik genommen habe und im Verlauf selbst eine Abstinenz angestrebt habe. Frau Dr. K. ging zudem davon aus, dass die Verordnung von Cannabis-Blüten bei bestehender Cannabisabhängigkeit kontraindiziert sei, sondern dass dies das primäre Therapieziel darstellen sollte. Sie betonte zudem die Notwendigkeit eines multimodalen Therapiekonzepts.

Ich stimme der Diagnose der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung zu; aus meiner Sicht geht aus dieser Diagnose jedoch nicht zwangsläufig hervor, dass es sich dabei um keine schwerwiegende Erkrankung handele. Eine solche liegt bei Herrn Z. im Hinblick auf die

dargestellte Beeinträchtigung der Lebensqualität und funktionale Beeinträchtigung mit hoher Wahrscheinlichkeit aber vor. Die zuvor gestellten Diagnosen einer Substanzgebrauchsstörung, resp. eines Abhängigkeitssyndroms von Cannabis und eines schädlichen Gebrauchs von Stimulanzien sind vor dem Hintergrund der bestehenden ADHS-Symptomatik zurückhaltend zu bewerten. Bei den durch den Kläger ebenfalls eingesetzten Stimulanzien handelt es sich um eine Substanzgruppe, für die eine hohe Evidenz in der Behandlung von ADHS wissenschaftlich belegt ist und die in den gängigen Leitlinien als Mittel der ersten Wahl empfohlen werden (AWMF, 2017). Dabei folge ich der Einschätzung der behandelnden Ärzte, dass es sich sowohl bei der Einnahme von Cannabis, als auch beim Gebrauch von Amphetaminen und Kokain bei Herrn Z. um den Ausdruck von Selbstmedikations-Versuchen handelte, wobei die mit einem potentiell noch höheren abhängigkeits-erzeugenden einhergehenden Stimulanzien bei Herrn Z. offenbar zu keiner vergleichbaren Reduktion von ADHS-Symptomen und Besserung von funktionalen Beeinträchtigungen führte. Somit wurde die Gruppe der Stimulanzien, sowohl was den rekreativen oder pathologischen Gebrauch, als auch ihre rezeptierte Einnahme betrifft, von dem Kläger bald wieder verlassen. In dieser Hinsicht ist auch die von Frau Dr. K. konstatierte Kontraindikation von Cannabis-Blüten vor dem Hintergrund der von ihr geltend gemachten Cannabis-Abhängigkeit in Frage zu stellen. Denn die Behandlung in der Entwöhnungsklinik F42 erfolgte sowohl aufgrund der Diagnose einer Cannabisabhängigkeit, als auch eines schädlichen Gebrauchs von Kokain und Amphetaminen. Will man die Diagnose eines pathologischen Konsummusters in der Vorgeschichte als Kontraindikation geltend machen, so dürfte auch die Rezeptierung von Methylphenidat und Amphetamin bei Herrn Z. in Zukunft nicht mehr in Frage kommen.

*Zum sozialmedizinischen Gutachten von Frau K. vom 25.04.2019  
(Blatt 101 ff., Az.: S 89 KR 2501/17):*

Die Gutachterin K. [REDACTED] stellte die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0), sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer rezidivierenden depressiven Störung, einer emotional instabilen Persönlichkeit vom impulsiven Typus sowie einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens. Es handelte sich um eine „komplexe, chronifizierte psychische Erkrankung“, wobei nicht von einer schwerwiegenden Erkrankung gesprochen werden könne, da erst einmalig eine ambulante Psychotherapie durchgeführt wurde und damit von einer Behandlungsreserve auszugehen sei. Nach Einschätzung von Frau K. [REDACTED] seien auch die problematischen biographischen Entwicklungsfaktoren in der Vorgeschichte nur unzureichend berücksichtigt worden, so dass die Diagnose des ADHS eine unzulässige Verkürzung darstelle. Dabei seien die Symptome auch als Ausdruck einer komplexen Traumafolgestörung gut erklärbar, die in der Vorgeschichte auch als posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden sei. Somit liege mit einer traumaspezifischen psychotherapeutischen Strategie eine kausale Behandlungsmöglichkeit, die bisher nicht umgesetzt worden sei. Das vorliegende Krankheitsbild werde durch die Diagnose ADHS unzureichend gewürdigt, so dass es sich um eine „Komplexitätsreduzierung“ handle. Damit sei die Frage der Cannabis-Behandlung von ADHS schon aufgrund der unzutreffenden Diagnose nicht zulässig.

Ich stimme der Diagnose ADHS (ICD-10: F90.0) zu. Eine höhergradige traumaspezifische Symptomatik war bei Herrn Z. zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr festzustellen, auch wenn die soweit in Kenntnis gebrachten biographischen Daten durchaus eine Vielzahl von problematischen und zum Teil potentiell traumatisierenden Faktoren nahe legte. Derartige biographische Ausgangskonstellationen sind bei Menschen mit einem tatsächlichen ADHS grundsätzlich jedoch nicht selten, wobei auch beim ADHS nicht von einer rein biologischen Erkrankung ohne soziobiographische ätiologische Co-Faktoren auszugehen ist. Auch eine derart biologistische Sichtweise würde zu der von Frau K. [REDACTED] kritisierten

„Komplexitätsreduktion“ führen, so dass bloß aufgrund der dargestellten biographischen Ausgangssituation nicht auszuschließen ist, dass eine ADHS-Symptomatik als Kern des psychopathologischen Gesamtbildes auch geltend zu machen ist. Im Gesamt stellt die ADHS-Diagnose in den bisher gestellten psychiatrischen Diagnose des Klägers die Diagnose mit den größten Überlappungen zwischen den unterschiedlichen Gutachtern und behandelnden Ärzten dar; wie oben dargelegt kann das Vorliegen eines solchen Störungsbildes bei dem Kläger nicht ernsthaft bezweifelt werden.

Ich stimme Frau K. zu, dass neben dem beschriebenen ADHS-Syndrom durchaus auch andere psychopathologische und psychosoziale Problemfaktoren bei Herrn Z. zu erkennen sind, die von einer psychotherapeutischen Behandlung in hohem Maße profitieren würden. Diese steht jedoch nicht zwingend im Gegensatz zu einer medikamentösen Behandlung des ADHS, sondern sollte zusätzlich zu ihr zum Einsatz kommen. Somit ist die Frage der optimalen medikamentösen Behandlungsoptionen für das bei Herrn Z. vorliegende ADHS durchaus relevant.

**Zu 13.)**

*Zum Attest des Hausarztes J. vom 07.03.2017 (Blatt 49-50, Az.: S 36 KR 359/17 RE):*

Ich stimme der Diagnose des ADHS zu; die beschriebenen Behandlungsversuche stimmen mit den Schilderungen des Klägers weitgehend überein. Die positiven Effekte der Cannabis-Blüten wurden durch Herrn J. plausibel dargestellt. Ich widerspreche jedoch der Aussage, dass weitere geeignete Therapieverfahren nicht vorliegen würden, die noch nicht ausprobiert wurden. Bei diesen Optionen handelt es sich um die Gabe von Amphetamin, das jedoch aufgrund der unzureichenden Wirksamkeit im Selbstversuch und der entsprechenden beschriebenen Nebenwirkungen eher als wenig vielversprechend erscheint. Zusätzlich

besteht als noch nicht zum Tragen gekommene Behandlungsoption der Einsatz von Guanfacin.

*Ärztliche Bescheinigung der Psychiaterin Dr. M. vom 03.04.2017 (Blatt 169 ff., Az.: S 36 KR 359/17 ER):*

Ich widerspreche der Aussage von Frau M., dass es eine große Zahl von „nicht mehr als anekdotisch einzuordnender, positiver Behandlungsfälle bei ADHS“ geben. Eine entsprechende kontrollierte Studie, die ein Wirksamkeitsnachweis zeigte, liegt zum aktuellen Zeitpunkt bisher nicht vor. Dementsprechend wird in der aktuellen AWMF-Leitlinie zur Behandlung von ADHS eine Behandlung mit Cannabinoiden grundsätzlich nicht empfohlen (AWMF 2017). Ich stimme der Einschätzung zu, dass es sich bei der Erkrankung des Klägers um eine schwerwiegende chronische Erkrankung handelt. Herr Z. ist jedoch insofern nicht „austherapiert“, als es durchaus noch Behandlungsoptionen – z. B. das noch nicht zum Einsatz gekommene Guanfacin – gibt. Ich stimme Frau Dr. M. dahingehend zu, dass eine erfolgte Suchtbehandlung und Alternativmedikation kein Nachweis dafür ist, dass es sich um einen pathologischen Konsum und nicht um eine Selbstmedikation handele. Die durch Frau Dr. M. beschriebene Verbesserung von Krankheitssymptomen und Lebensqualität erscheint im Gesamt der vorliegenden Befunde und Angaben des Klägers plausibel zu sein.

*Zur Stellungnahme des Hausarztes J. (Blatt 196 ff., Az.: S 36 KR 359/17 ER):*

Ich stimme den Einschätzungen des Hausarztes J. zum größten Teil zu in Bezug auf den Behandlungsverlauf des Klägers. Ich widerspreche Herrn J. jedoch im Hinblick auf die grundsätzliche Häufigkeit einer Cannabisabhängigkeit. Das Cannabisabhängigkeitssyndrom ist eine in den letzten 20 Jahren in der Bevölkerung und auch bei vielen professionellen Helfer

unterschätztes Krankheitsbild, das mit bestimmten Spezifika einhergeht, die es von der Abhängigkeit anderer Substanzgruppen wesentlich unterscheidet. Die Cannabisabhängigkeit kann jedoch durchaus zu deutlichen psychosozialen Beeinträchtigungen führen und geht zwar nur mit einem milden vegetativen Entzugssyndrom, jedoch durchaus mit erheblichen psychischen Symptomen wie Craving und anderen abhängigkeits-typischen Variablen einher (Walther et al. 2017). Diese Einschätzung spielt für die Bewertung der hiesigen Frage jedoch insofern nur eine bedingte Rolle, als ich Herrn J. dahingehend zustimmen würde, dass es sich auch bei der „rekreativen“ Einnahme von Cannabinoiden vor der Rezeptierung von Cannabis-Blüten bei Herrn Z. offensichtlich um den Versuch einer Selbstmedikation handelte.

*Zur medizinischen Stellungnahme von Herrn Dr. G. vom 01.07.2017 (Blatt 300 ff., Az.: S 36 KR 359/17 ER):*

Ich stimme Herrn Dr. G. zu im Hinblick auf das bei dem Kläger bestehende ADHS, das bisher nicht ausreichend auf die zugelassenen Medikamente angesprochen habe. Auch stimme ich ihm zu im Hinblick auf die unzureichende wissenschaftliche Datenlage der Behandlung von ADHS mit Cannabinoiden. Auch die von ihm anekdotischen Berichte über seine Patienten entsprechen weiteren anekdotischen Berichten aus anderen Quellen über die Wirksamkeit von Medizinal-Cannabis bei ADHS. Ich widerspreche Herrn Dr. G. jedoch dahingehend, was die von Herrn Z. beobachteten therapeutischen Wirkungen mit der wissenschaftlichen Datenlage übereinstimmen würden, da durch Herrn Dr. G. vorwiegend grundlagenwissenschaftliche Daten in zum Teil selektiver Weise zitiert werden. Ich stimme ihm zu im Hinblick auf das Vorliegen einer schwerwiegenden Form der Erkrankung bei Herrn Z. Ob es sich bei der Diagnose eines Cannabisabhängigkeitssyndroms anamnestisch um eine „Fehldiagnose“ handelte, ist retrospektiv nicht sicher zu beurteilen. Eine solche würde einer Wirksamkeit und Einsatzfähigkeit von Cannabis-

Blüten als off-label Ultima-Ratio-Behandlung bei dem Kläger aber auch nicht prinzipiell widersprechen, bzw. keine absolute Kontraindikation darstellen.

*Zum ärztlichen Attest der Neurologin und Psychiaterin B. vom 14.07.2017 (Blatt 311 ff., Aa.: S 36 KR 359/17 ER):*

Der beschriebene Behandlungsverlauf war mit den eigenanamnestischen Angaben des Klägers größtenteils konsistent zur Deckung zu bringen. Ich stimme Frau B. zu im Hinblick auf die zumindest aktuell in Frage zu stellende Diagnose des Cannabisabhängigkeitssyndroms. Nachvollziehbar waren ebenfalls die unter Cannabis beschriebenen Besserungen im Hinblick auf die berufliche und soziale Funktionalität sowie die Besserung der Lebensqualität des Klägers unter der Einnahme von Medizinal-Cannabis.

*Zum Attest der Hausarztes J. vom 14.07.2017 (Blatt 318 ff., Aa.: S 36 KR 359/17 ER):*

Ich stimme Herrn J. zu im Hinblick auf das potentielle Auftreten von Entzugssymptomen bei Medizinal-Cannabis, die jedoch nicht für ein genuines Cannabisabhängigkeitssyndrom sprechen müssen – entsprechend dem von ihm zitierten Vergleich des Opiat-Entzugssyndroms bei Opiatmedikation in Abwesenheit von einem primären Abhängigkeitssyndrom. Ich stimme Herrn J. auch dahingehend zu, dass die frühere Behandlung eines fraglichen Cannabisabhängigkeitssyndroms die Eignung als Medikation des ADHS nicht zwingend in Frage stellen.

*Zum ärztlichen Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung R. (Blatt 99-130, Az.: S 89 KR 2245/17):*

In ihrem ärztlichen Entlassungsbericht über den Aufenthalt vom 04.06.2015 bis zum 02.12.2015 stellte die Rehabilitationseinrichtung R. folgende Dia-

gnosen: Abhängigkeitssyndrom durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom durch Tabak, einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und depressive Episode. In der Epikrise wird eine entsprechende suchtspezifische Behandlung eines Cannabinoid-Abhängigkeitssyndroms beschrieben, wobei als zusätzlich anamnestisch ein regelhafter Konsum von Kokain und Stimulanzien beschrieben wurde. Es wurde ebenfalls beschrieben, dass die ADHS-Problematik zunächst im Zentrum der psychotherapeutischen Behandlung gestanden habe, wobei Herr Z. auch im Rahmen von Gruppentherapien entsprechende interaktionelle Probleme gezeigt habe. Als Entlassmedikation wurde 80 mg Atomoxetin und 75 mg Venlafaxin angegeben.

Ich stimme der Diagnose des ADHS sowie des Nikotinabhängigkeitssyndroms und anamnestisch der depressiven Episode zu. Eine höhergradige depressive Symptomatik war zum aktuellen Zeitpunkt nicht zu eruieren. Die Diagnose des primären Abhängigkeitssyndrom durch Cannabinoide ist dagegen in Frage zu stellen, da Herr Z. Cannabinoide offenbar im Rahmen eines Selbstmedikationsversuchs einsetzte. Unter den durch die F42 beschriebenen ADHS-Medikamenten kam es nachvollziehbar zu erheblichen unerwünschten Nebenwirkungen bei unzureichender Effektivität, so dass Herr Z. schon bald nach der Entlassung wieder Cannabinoide einnahm.

*Zur Stellungnahme des Hausarztes J. [REDACTED] vom 04.01.2018 (Blatt 135 ff., Az.: S 89 KR 2245/17):*

Ich stimme Herrn J. [REDACTED] zu im Hinblick auf die fehlende Notwendigkeit einer Überweisung für eine Spezialambulanz für ADHS, da sich Herr Z. langjährig in ambulanter Behandlung bei der ADHS-Spezialistin Frau Dr. S. [REDACTED] befand, die eine weitreichende Erfahrung in der Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter besitzt. Zudem wird ein zeitnahe Termin in einer der in Berlin verfügbaren ADHS-Ambulanzen für den Kläger ebenso wenig erhältlich sein wie der Zugang zu einer Einzel- oder Gruppentherapie

nach dem Richtlinienverfahren angesichts der bei Herrn Z. bestehenden Diagnosen. Auch dahingehend stimme ich Herrn J. zu, da es „erhebliche Kapazitätsdefizite“ für Psychotherapie in der Berliner Versorgungsregion zu beklagen sind. Ich stimme Herrn J. auch dahingehend zu, dass trotz eines langjährigen Cannabiskonsums nicht prinzipiell von einer Kontraindikation für Cannabis bei ADHS im Erwachsenenalter auszugehen ist, sondern dass es sich dabei um individualisierte, patientenbezogene Einschätzungen handeln muss.

*Befundbericht der behandelnden Psychiaterin Dr. S. vom 30.11.2018  
(Blatt 64 ff., Az.: S 89 KR 2501/17):*

In ihrem Befundbericht stellte die behandelnde Psychiaterin Dr. S. die Diagnose eines kombinierten ADHS, d. h., einer Kombination zwischen unaufmerksamem und hyperaktiv-impulsivem Typus des ADHS. Die Erkrankung sei „als sehr schwerwiegend einzuschätzen“, was durch den in der aktuellen Untersuchung ebenfalls eingesetzten WURS-k-Test teil objektiviert worden sei. Unter der Gabe von Methylphenidat (Medikinet) und Atomoxetin wurden – entsprechend den eigenanamnestischen Angaben des Klägers – eine unzureichende Wirksamkeit, bzw. ein erhebliches Auftreten von Nebenwirkungen beschrieben. Zu diesen zähle u. a. Migräne-artige Kopfschmerzen unter Atomoxetin, sowie eine depressive Stimmung, aber auch Schlafprobleme unter Methylphenidat (Medikinet adult), während Herr Z. unter Einnahme von Cannabis habe einschlafen können. Dabei sei es auch unter Atomoxetin nur zu einer „minimalen Verbesserung der Aufmerksamkeit“ gekommen. Nach Einschätzung der Psychiaterin stehe ein weitere allgemein anerkannte und den medizinischen Standards entsprechende andere Behandlung als mit Cannabis-haltigen Medikamenten für den Kläger nicht zur Verfügung, da unter 3 verschiedenen Medikamenten, resp. Substanzgruppen, entweder keine ausreichende Wirksamkeit oder ein nicht tolerables Ausmaß von Nebenwirkungen zu beobachten gewesen sei.

Diese Angaben standen mit den eigenanamnestischen Angaben des Klägers weitestgehend im Einklang. Frau Dr. S. gab zudem an, dass eine zusätzliche Vorstellung in der ADHS-Spezialambulanz der Charité vermutlich keinen zusätzlichen Nutzen erbracht haben würde. Ich stimme den diagnostischen Einschätzungen von Frau Dr. S. zu; auch ließen sich ihre Angaben im Hinblick auf die Schwere der Erkrankung des Klägers klinisch, anamnestisch und in einem Kurz-Screening bestätigen. Die fehlende Wirksamkeit, bzw. Nebenwirkungslastigkeit der zuvor eingesetzten Medikamente wirkten durchgehend konsistent. Ich widerspreche Frau Dr. S. allerdings dahingehend, dass neben den genannten Medikamenten noch das Medikament Amphetamin und das Antihypertensivum Guanfacin zur Verfügung stehen würden. Im Hinblick auf Amphetamin ist angesichts der bei dem Kläger aufgetretenen Nebenwirkungen unter Methylphenidat sowie angesichts der früher im Rahmen einer Selbstmedikation eingesetzten Schwarzmarkt-Amphetamine, die Herr Z. bald problemlos beendete, von einer wesentlichen, besseren Wirkung bzw. einer tolerablen Nebenwirkungsrate bei ihm nicht auszugehen. Somit steht als einziges den medizinischen Standards entsprechendes Medikament, das bei ihm noch nicht zum Einsatz gekommen ist, das Antihypertensivum Guanfacin zur Verfügung. Dies zählt zu einer weiteren Wirkstoffgruppe. Guanfacin wird in der aktuell noch gültigen AWMF-Leitlinie neben den anderen genannten Substanzen als Medikament bei ADHS empfohlen, während vom Einsatz von Cannabis abgeraten wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich auch dabei um eine off-label-Behandlung handeln würde, da auch Guanfacin für die Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter nicht zugelassen ist.

Ich stimme Frau Dr. S. auch dahingehend zu, dass die Untersuchungstermine in der Spezialambulanz der Charité zurzeit nicht zeitnahe verfügbar sind und dass auch dort derzeit keine zusätzlichen, über die hier genannten Behandlungsoptionen hinausreichenden Therapieansätze

empfohlen werden. Frau Dr. S. stellte rückblickend zudem die Diagnose der Cannabisabhängigkeit bei Herrn Z. in Frage. Sie betrachtete das Cannabisabhängigkeitssyndrom vielmehr als gelungenen Versuch einer Selbstmedikation mit offensichtlich funktionaler Verbesserung, die jedoch durch soziale Bedingungen einschließlich juristischer Konsequenzen nicht mehr möglich war. Es habe kein Abhängigkeitssyndrom bestanden, sondern es habe sich um den gelungenen Versuch einer Selbstmedikation gehandelt.

Dieser Einschätzung kann ich nur zum Teil folgen. Denn ob und inwiefern sich Symptome eines Abhängigkeitssyndroms bzw. eines suchtspezifischen Verhaltens mit einer ggf. gelungenen Selbstmedikation vermischten und überlappten ist rückblickend nicht sicher einzuschätzen. Einerseits kommt es – pragmatisch gesehen – zum aktuellen Zeitpunkt durch die Medikation mit Cannabis offenbar zu einer Symptomreduktion und funktionalen Besserung, andererseits steht ein suchttypisches, mit Dosissteigerung und Kontrollverlust einhergehendes Konsumverhalten bei dem Kläger zum aktuellen Zeitpunkt auch nicht im Vordergrund. Auch im Hinblick auf diese nicht abschließend zu klärende Frage wäre jedoch aus fachpsychiatrischer Sicht ein Behandlungsversuch mit dem nicht abhängigkeits-erzeugenden Medikament Guanfacin geboten, bevor Cannabis-Blüten im Sinne einer off-label- und Ultima-ratio-Behandlung bisher ohne stabile wissenschaftliche Evidenz empfohlen werden können.

*Befundbericht der psychologischen Psychotherapeutin Dipl.-Psych. T. vom 23.12.2018 (Blatt 79 ff., Az.: S 89 KR 2501/17):*

In ihrem Befundbericht stellte die behandelnde Psychotherapeutin T. folgende Diagnosen: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung, rezidivierende depressive Störung, mittelschwer, emotional instabile Persönlichkeitsstörung und Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Sie ging im Hinblick auf eine Trauma-reaktive Störung von einer schwerwiegenden Erkrankung aus; auch in ihrer Beschwerdeschilderung standen PTBS-Sym-

ptome im Vordergrund. Eine Angst-lösende und Schlaf-anstoßende Wirkung bei Schlafstörungen sei bei dem Kläger unter Cannabis-Einnahme zu beobachten gewesen; auch habe sich die Therapiefähigkeit verbessert. Die Behandlung mit Atomoxetin (Strattera) sei nicht erfolgreich verlaufen; unter der Behandlung mit Methylphenidat (Medikinet) und Venlafaxin sei es zu keinen Erfolgen, aber zu Nebenwirkungen gekommen. In der Einschätzung von Frau T. stehe neben Cannabis-haltigen Medikamenten für den Kläger aktuell keine wirksamen Alternativen zur Verfügung. Dabei beschrieb sie die Wirksamkeit der ritualisierten Einnahme, die in die Tagesstruktur eingebaut werde, den Kläger beruhige und Schmerzen lindere sowie die Therapiefähigkeit und Selbstsicherheit erhöhe.

Im aktuellen Untersuchungsbefund ließen sich Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht konsistent eruieren. Insbesondere verneinte Herr Z. Intrusionen einschließlich Flashback-Erleben. Zwar wurden ausgeprägte Schlafstörungen beschrieben, Alpträume standen dabei jedoch nicht im Vordergrund. Dabei ist denkbar, dass es durch die beschriebene Cannabis-Medikation und die psychotherapeutische Behandlung bereits zu einem Rückgang einer möglicherweise initial bestehenden PTBS-Symptomatik gekommen ist. Diese war zum aktuellen Zeitpunkt jedoch auch retrospektiv nicht mehr konsistent nachzuvollziehen. Auch die emotionalinstabile Persönlichkeitsstörung ließ sich symptomatisch nicht eindeutig belegen; da jedoch von einem schwergradig ausgeprägten ADHS-Syndrom mit erheblichen entwicklungsgeschichtlichen Schwierigkeiten und Verzögerungen auszugehen ist, wäre dies für das Gesamtbild bereits erklärend.

Allerdings wäre auch das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung grundsätzlich keine Kontraindikation für eine Behandlung mit Medizinal-Cannabis. Zwar besteht bisher keine wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von Cannabis in dieser Indikation, es existieren jedoch anekdotische Berichte und zurzeit werden

klinische Studien mit Cannabis bei PTBS-Patienten durchgeführt. Ich widerspreche Frau T. [REDACTED] im Hinblick auf das fehlende Vorhandensein von Behandlungsalternativen, wie bereits oben in Bezug auf die Stellungnahme von Frau Dr. S. [REDACTED] ausgeführt.

**Zu 14.)**

Ein weiteres medizinisches Gutachten auf einem anderen Fachgebiet ist nicht erforderlich, da die fraglichen Gesundheitsstörungen auf das psychiatrische Fachgebiet beschränkt bleiben.



Dr. med. Christian Major

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Oberarzt – Zertifizierter Gutachter (Berliner Ärztekammer)

### Literatur:

American Psychiatric Association (APA) (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th edition. Arlington, VA, USA: *American Psychiatric Publishing, Inc.*

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2017). Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-045k\\_S3\\_ADHS\\_2018-06.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf)

Benkert, O., & Hippus, H. (Hrsg.) (2017). *Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie*. Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer.

Cooper, R. E., Williams, E., Seegobin, S., Tye, C., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2017). Cannabinoids in attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomised-controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 27(8), 795-808.

Friedman, D., French, J. A., & Maccarrone, M. (2019). Safety, efficacy, and mechanisms of action of cannabinoids in neurological disorders. *The Lancet Neurology*.

Gantner, A. (2018). Therapie der Cannabisabhängigkeit. In *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (pp. 487-496). Springer, Berlin, Heidelberg.

Grotenhermen, F., & Häußermann, K. (2017). *Cannabis: Verordnungshilfe für Ärzte*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart.

Hoch, E., Friemel, C., Schneider, M., Pogarell, O., Hasan, A., & Preuss, U. W. Wirksamkeit und Sicherheit von Cannabisarzneimitteln: Ergebnisse der CaPRis-Studie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 1-5.

Walther, L., Gantner, A., Heinz, A., & Majić, T. (2016). Evidenzbasierte Behandlungsoptionen der Cannabisabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(39), 653.