S 182 KR 2081/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Cannabis schwerwiegende Erkrankung Standardtherapie Genehmigungsfiktion Antrag Fristbeginn Inkrafttreten der Anspruchsgrundlage
Leitsätze	Die Entscheidungsfrist des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V beginnt frühestens an dem Tag zu laufen, an dem die materiell-rechtliche Norm auf die der Antragsteller sein Leistungsbegehren stützt, in Kraft tritt.
Normenkette	undefined

1. Instanz

Aktenzeichen	S 182 KR 2081/17
Datum	30.04.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 230/19
Datum	17.03.2022

3. Instanz

Datum	-

Â

Die Berufung wird zurÃ¼ckgewiesen.

Â

Die Beteiligten haben einander keine auÃergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Â

Die Revision wird zugelassen.

Â

Â

Tatbestand

Â

Die Beteiligten streiten um die Versorgung des KlÃ¤gers mit Medizinal-Cannabis sowie um die Erstattung von Aufwendungen zum Erwerb von Cannabisprodukten.

Â

Der im Jahr 1990 geborene KlÃ¤ger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Am 28. Februar 2017 stellte die Betreuerin des KlÃ¤gers fÃ¼r diesen einen Antrag auf KostenÃ¼bernahme fÃ¼r â verordnete CannabisblÃ¼ten/Zustimmung Therapieâ . Sie fÃ¼hrte aus, dass der KlÃ¤ger Schmerzpatient sei. Im Jahr 2015 sei bei ihm die Diagnose Fibromyalgie gestellt worden. Er sei durch die Schmerzen stark eingeschrÃ¤nkt und behandele diese derzeit selbst und mit Erfolg mit Cannabis. Ab MÃ¤rz 2017 trete ein neues Gesetz in Kraft, welches ermÃ¶gliche, CannabisblÃ¼ten per Rezept in der Apotheke zu beziehen. Der Schmerzarzt des KlÃ¤gers sowie seine HausÃ¤rztin befÃ¼rworteten diese Medikation. Damit der Schmerztherapeut ein Rezept fÃ¼r CannabisblÃ¼ten ausstelle, werde die Zustimmung zur kontrollierten Behandlung mit Cannabis durch die Beklagte benÃ¶tigt.

Â

Mit Schreiben vom 3. MÃ¤rz 2017 bat die Beklagte fÃ¼r eine Untersuchung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) um ergÃ¤nzende Unterlagen und Informationen, warum im Fall des KlÃ¤gers keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Anwendung kommen kÃ¶nne und welches PrÃ¤parat genau zum Einsatz kommen solle. Ferner informierte sie darÃ¼ber, dass das Gesetz zur Ãnderung betÃ¤ubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften (Cannabis) noch nicht in Kraft getreten sei. Sie wies darauf hin, dass die Entscheidungsfrist nach dem Antrag fÃ¼nf Wochen betrage. Da noch Unterlagen fehlten, sei diese Frist auÃer Kraft gesetzt.

Â

Am 17. MÃ¤rz 2017 sprach der KlÃ¤ger persÃ¶nlich bei der Beklagten vor und reichte ein Rezept seines behandelnden AnÃ¤sthesiologen und Schmerztherapeuten Dr. G vom selben Tag Ã¼ber die Verordnung von SativexÂ® drei mal zwei

SprÃ¼hstÃ¶Ãe sowie CannabisblÃ¼ten Pedianios 14/1 (NRF 22.12) 50g 2x tgl. 100mg ein. Dem fÃ¼gte er den Therapievertrag vom selben Tag bei. In diesem wurden als Dauerdiagnosen eine Fibromyalgie an mehreren Lokalisationen, eine gastroÃ¶sophageale Refluxkrankheit mit Ãsophagitis, eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine StÃ¶rung des Sozialverhaltens mit depressiver StÃ¶rung, sonstige cannabinoidbedingte psychische und VerhaltensstÃ¶rungen und eine chronische Gastritis, nicht nÃ¤her bezeichnet, angegeben. Als Therapieziele wurden eine Schmerzlinderung von derzeit 9 auf 5-6 der numerischen Analogskala, ein strukturierter Tagesablauf, eine Reduktion auf 2-4 mal Cannabiseinnahme und eine Konditionierung angegeben.

Â

Weiter beigefÃ¼gt wurde ein Krankenhausentlassungsbericht des I Krankenhauses B fÃ¼r eine stationÃ¤re Behandlung des KlÃ¤gers vom 29. September bis 07. Oktober 2015. Dort wurden die Diagnosen eines Fibromyalgiesyndroms, eines Zustandes nach Pneumonie links im Jahr 2014, einer Reflux-Ãsophagitis und anamnestisch von rezidivierenden Harnwegsinfekten gestellt. Eine entzÃ¼ndlich-rheumatologische Grunderkrankung wurde von den behandelnden Ãrzten ausgeschlossen.

Â

Ferner wurde ein Attest der behandelnden Allgemeinmedizinerin Frau L vom 27.Â Februar 2017 eingereicht, welche bestÃ¤tigte, dass mehrere Behandlungsversuche mit Schmerzmitteln wie Novalminsulfon, Sympal, Diclofenac und Ibuprofen bei der Schmerztherapie keinen wesentlichen Erfolg erbracht hÃ¤tten. Auch Tramal und Tilidin hÃ¤tten nicht lange vorgehalten. Ein Krankenhausaufenthalt in B mit physiotherapeutischer Behandlung und Ergotherapie habe die Schmerzen nicht gebessert, so dass eine Therapie mit Cannabis durchaus zu erwÃ¤gen wÃ¤re.

Â

Am 06. April 2017 erstellte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg (MDK) auf Veranlassung der Beklagten ein sozialmedizinisches Gutachten zu der Frage der beantragten KostenÃ¼bernahme. Der MDK stellte fest, dass der KlÃ¤ger an Fibromyalgie erkrankt sei. Ferner bestehe eine CannabisabhÃ¤ngigkeit.Â Eine schwerwiegende Krankheit im Sinne des Â§ 31 Abs. 6 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) liege bei ihm nicht vor. VertragsÃ¤rztliche Behandlungsoptionen seien noch nicht zum Einsatz gekommen. FÃ¼r die Behandlung einer Fibromyalgie stÃ¼nden Antidepressiva und eine kombinierte Anwendung von psychotherapeutischen und kÃ¶rperlich aktivierenden Verfahren im Vordergrund. Bei Vorliegen einer cannaboidbedingten psychischen VerhaltensstÃ¶rung sei der Einsatz von Cannabis kontraindiziert. Wegen der CannabisabhÃ¤ngigkeit des KlÃ¤gers stehe eine Entzugsbehandlung im Vordergrund.

Â

Mit Bescheid vom 10. April 2017 teilte die Beklagte der Betreuerin des KlÃ¤gers den wesentlichen Inhalt des vorgenannten MDK-Gutachtens mit und teilte ferner mit, dass eine KostenÃ¼bernahme fÃ¼r das beantragte Arzneimittel SativexÂ® sowie fÃ¼r CannabisblÃ¼ten ausgeschlossen sei.

Â

Mit Fax vom 13. April 2017 (VA 22) legte die Betreuerin des KlÃ¤gers gegen diese Entscheidung Widerspruch ein. Diesen begrÃ¼ndete der KlÃ¤ger dahingehend, dass die im MDK-Gutachten als vorrangig dargestellten vertragsÃ¤rztlichen Behandlungsmethoden nur eine mÃ¤Ãige Evidenz entsprechend der S3-Leitlinie aufwiesen, so dass es fÃ¼r die Behandlung einer Fibromyalgie derzeit keinen allgemeinen, starken Evidenzansatz gebe. Angesichts dessen sei eine gut vertragene Behandlung mit Cannabis, die jedenfalls symptomatisch wirke, durchaus eine Option, die Ã¤rztlicherseits nachvollziehbar gewÃ¤hlt worden sei. Betrachte man seine Situation, so sei diese durch die von der Fibromyalgie verursachten Schmerzen sowohl in der Tagesgestaltung als auch in der LebensqualitÃ¤t in erheblichem MaÃe geprÃ¤gt. Bei kÃ¤lteren Witterungsbedingungen kÃ¶nne er vielfach lÃ¤ngere Wegstrecken nicht zurÃ¼cklegen. Er sei Ã¼berhaupt nicht in der Lage, sich in solchen VerhÃ¤ltnissen kÃ¶rperlich zu betÃ¤tigen. Gleichzeitig sei seine LeistungsfÃ¤higkeit stark eingeschrÃ¤nkt. Zudem sei seine Lebenssituation durch schwere Panikattacken geprÃ¤gt. Angesichts dieses seine ganze Person erfassenden Krankheitsbildes sei durchaus von einer schwerwiegenden Erkrankung, welche die LebensqualitÃ¤t in erheblichem MaÃe beeintrÃ¤chtige, auszugehen. Die Ablehnungsentscheidung berÃ¼cksichtige ferner nicht, dass die Genehmigung der ersten Verordnung von Cannabis nur ausnahmsweise abgelehnt werden dÃ¼rfe, da grundsÃ¤tzlich die Therapiehoheit des behandelnden Arztes respektiert werden mÃ¼sse. Der WiderspruchsbegrÃ¼ndung waren weitere Atteste der behandelnden Ãrztin Frau L und Dr. G beigefÃ¼gt (VA 30-34).

Â

Frau L berichtete, dass der KlÃ¤ger wegen Fibromyalgie mit witterungsabhÃ¤ngiger VerstÃ¤rkung an Muskel-, Skelett- und Nervenschmerzen mit Beteiligung des Bindegewebes leide, so dass ihm keine schmerzfreie Gehstrecke mÃ¶glich sei, SchlafstÃ¶rungen mit KonzentrationsmÃ¤ngeln und Reizbarkeit auftrÃ¤ten und dadurch bedingt auch psychosoziale Probleme im Umgang mit der Umwelt entstÃ¼nden. AuÃerdem sei eine MigrÃ¤ne bekannt, welche einen zusÃ¤tzlichen Stressfaktor darstelle. Durch diese Faktoren wÃ¼rden Schwierigkeiten bei der Gestaltung eines normalen Tagesablaufs, der Motivation zur ProblembewÃ¤ltigung und beim Aufbau von normalen sozialen Strukturen bestehen. Diese Problematik bestehe schon seit Kindertagen. Der KlÃ¤ger sei zurzeit bemÃ¼ht, im Rahmen einer Einzelfallhilfe mit gesetzlichem Betreuer und im betreuten Wohnen Halt zu finden. Leider habe er bisher noch keinen Termin fÃ¼r eine Psychotherapie bekommen kÃ¶nnen.

Â

Dr. G nannte seinerseits als cannaboides Medizinalprodukt nur noch SativexÂ®, welches drei mal tÃ¤glich mit ein bis drei SprÃ¼hstÃ¶Ãen zur Anwendung kommen solle. Damit solle vorrangig die Fibromyalgie an mehreren Lokalisationen und die chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren behandelt werden. Ziel der Behandlung sei eine Verlangsamung der Krankheitsprogression, eine Reduktion beziehungsweise Vermeidung der starken Nebenwirkungen der bisherigen Medikation, eine Reduktion beziehungsweise Vermeidung von Sturzgefahr, der Erhalt beziehungsweise die Wiederherstellung der Selbstversorgung im hÃ¤uslichen Milieu, ein multisymptomatischer Therapieansatz zur Reduktion von Schmerzen und Angst, Stresssenkung, Regulation von Muskeltonus sowie eine Schmerzlinderung in Ruhe und Bewegung auf einem akzeptablen Niveau zur Verbesserung der kÃ¶rperlichen LeistungsfÃ¤higkeit, psychischen Belastbarkeit, vermehrte AktivitÃ¤t trotz gleicher Schmerzen, bessere SchlafqualitÃ¤t, schnellere Schmerzremissionen und ein bedingtes Gesundsein in Erleben und Verhalten sowie eine berufliche und soziale Stabilisierung. Die Therapie mit Cannabinoiden solle dem KlÃ¤ger ermÃ¶glichen, in eine leitliniengerechte Schmerztherapie einzusteigen und sich Ã¼berhaupt wieder in regelmÃ¤Ãige Ã¤rztliche Behandlung zu begeben. Gegebenenfalls wÃ¤re eine multimodale stationÃ¤re Schmerztherapie dem vorzusetzen.

Bei dem KlÃ¤ger bestehe ein hoher Leidensdruck. Die Behandlung mit SativexÂ® sei notwendig, weil zur Therapie im konkreten Fall nach seiner Erfahrung keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur VerfÃ¼gung stehe, beziehungsweise diese mit unzumutbaren Nebenwirkungen behaftet sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. September 2017 wies die Beklagte den Widerspruch des KlÃ¤gers gegen den Bescheid vom 10. April 2017 als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck. Zur BegrÃ¼ndung wurde ergÃ¤nzend ausgefÃ¼hrt, dass psychotherapeutische MaÃnahmen zur Behandlung der mitgeteilten VerhaltensstÃ¶rungen bislang nicht zum Einsatz gekommen seien. Die Argumentation, dass der KlÃ¤ger bislang keine passenden Therapeuten gefunden beziehungsweise keinen Termin erhalten habe, kÃ¶nne nicht nachvollzogen werden. Auch wenn die Behandlung durch Psychotherapeuten durchaus mit einer gewissen Wartezeit verbunden sein kÃ¶nne, sollte inzwischen eine Terminvereinbarung mÃ¶glich gewesen sein. Ferner sei auch fÃ¼r den Widerspruchsausschuss nicht erkennbar, inwiefern durch die Anwendung von CannabisblÃ¼ten eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bei dem KlÃ¤ger erreicht werden solle, wenn durch den mehrjÃ¤hrigen Konsum von Cannabis offensichtlich keine nachweisliche Besserung der Schmerzen eingetreten beziehungsweise hierdurch sogar eine VerhaltensstÃ¶rung verursacht worden sei. Durch die bestehende CannabisabhÃ¤ngigkeit sei eine therapeutische Anwendung kontraindiziert. Der Widerspruchsbescheid wurde dem VerfahrensbevollmÃ¤chtigten am 12. September 2017 bekannt gegeben.

Â

Am 12. Oktober 2017 hat die Betreuerin des KlÃ¤gers fÃ¼r diesen gegen die vorgenannte Entscheidung Klage erhoben, mit dem ursprÃ¼nglichen Begehren, die Beklagte zu verpflichten, die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r SativexÂ® sowie CannabisblÃ¼ten zu gewÃ¤hren.Â Zur KlagebegrÃ¼ndung hat er ergÃ¤nzend ausgefÃ¼hrt, dass seine Fibromyalgie von seinem behandelnden Neurologen, der auch Facharzt fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie sei, mit dem Antidepressivum DuloxetinÂ® behandelt worden sei. Er habe jedoch feststellen mÃ¼ssen, dass dieses Medikament nicht geholfen, sondern vielmehr Kopfschmerzen, MÃ¼digkeit und Verwirrtheit zur Folge gehabt habe. Ein weiteres Experimentieren sei ihm nicht zumutbar. Daher sei die Ã¤rztlich verordnete Behandlung mit Cannabis in Kombination mit SativexÂ® die letzte Behandlungsoption. Soweit die Beklagte ihm einen Cannabismissbrauch vorwerfe und ausfÃ¼hre, dass auch dieser nicht zu einer Schmerzreduktion gefÃ¼hrt habe, sei anzumerken, dass medizinischer Cannabis in standardisierter Form regelmÃ¤Ãig eingenommen sowie die Dosis unter Ã¤rztliche Aufsicht eingestellt werden mÃ¼sse, um einen optimalen Erfolg zu erzielen.

Â

Der KlÃ¤ger hat der Klage einen Krankenhausentlassungsbericht der CharitÃ© B fÃ¼r seinen dortigen stationÃ¤ren Aufenthalt vom 28. September 2017 bis 1. Oktober 2017 beigefÃ¼gt. Er ist dort wegen eines chronischen Schmerzsyndroms, mit der Differenzialdiagnose Fibromyalgie, behandelt worden. Die Medikation bei Aufnahme hat in 2 Gramm Marihuana mindestens am Tag bestanden. Der KlÃ¤ger hat berichtet, dass er etwa 70 g Cannabis monatlich konsumiere und gerade versuche, welche Arten und welche Portionierung fÃ¼r ihn am geeignetsten seien. Durch den Konsum von Cannabis seien seine Beschwerden deutlich gebessert. Die behandelnden Ãrzte der CharitÃ© haben in Zusammenschau der Befunde festgestellt, dass bei dem KlÃ¤ger ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei zudem bestehender behandlungsbedÃ¼rftiger psychiatrischer Grunderkrankung besteht. Die von dem KlÃ¤ger als sehr wirksam eingeschÃ¤tzte Therapie mit Marihuana sei kritisch zu evaluieren. GrundsÃ¤tzlich bestehe eine Indikation zu einer multimodalen Schmerztherapie. HierfÃ¼r sei jedoch zunÃ¤chst eine Cannabisabstinenz erforderlich. Es solle eine psychiatrische Vorstellung zur etwaigen Therapie einer gegebenenfalls bestehenden Suchtsymptomatik sowie der psychiatrischen Vorerkrankung erfolgen. Entsprechend werde eine ambulante oder stationÃ¤re psychiatrische Anbindung empfohlen.

Â

Im Zeitraum vom 3. April 2018 bis 19. April 2018 hat sich der KlÃ¤ger in stationÃ¤rer schmerztherapeutischer Behandlung der Klinik HavelhÃ¶he in Berlin befunden. Als Schmerzdiagnose ist eine chronische SchmerzstÃ¶rung, als somatische Diagnose ein Fibromyalgie-Syndrom festgestellt worden. Als psychische Diagnosen haben die behandelnden Ãrzte ein AbhÃ¤ngigkeitssyndrom fÃ¼r Cannabinoide, gegenwÃ¤rtiger tÃ¤glichen Gebrauch von CannabisblÃ¼ten bei Verschreibung auf Privatrezept 2017, in der Vorgeschichte: Psychische und VerhaltensstÃ¶rung durch Cannaboide (Josefinum â Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Augsburg, 2004), in der Vorgeschichte:

StÃ¶rung des Sozialverhaltens mit depressiver StÃ¶rung (Josefinum â□□ Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Augsburg, 2004), verstÃ¤rkte Aufmerksamkeit auf kÃ¶rperinterne VerÃ¤nderungen und eine rezidivierende depressive StÃ¶rung, gegenwÃ¤rtig mittelgradige Episode, festgestellt. Ziel der multimodalen Therapien sei das Erlernen selbstwirksamer Strategien zur Schmerzminderung sowie eine Optimierung der medikamentÃ¶sen Cannabistherapie gewesen. Mehrfach sei mit der Betreuerin und dem KlÃ¤ger der Zusammenhang von seelischen Belastungsfaktoren sowohl aktuell als auch im geschichtlichen, Schmerzempfinden und SubstanzabhÃ¤ngigkeit zur FÃ¶rderung des VerstÃ¤ndnisses fÃ¼r den Nutzen der Reduzierung von Cannabis zugunsten eines psychotherapeutischen Arbeitens an der psychischen Stabilisierung, Autonomie und BewÃ¤ltigung von lebenspraktischen Aufgaben besprochen worden. Dieses habe schrittweise umgesetzt werden kÃ¶nnen, die FortfÃ¼hrung von ambulanten psychotherapeutischen Sitzungen werde jedoch dringend empfohlen.

Â

Die damalige ProzessbevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers reichte ergÃ¤nzend einen Befundbericht des behandelnden OrthopÃ¤den Dr. J vom 20. Juni 2018 zur Untersuchung von Beschwerden des KlÃ¤gers in der Hals- und LendenwirbelsÃ¤ule sowie im Bereich der Knie und Sprunggelenke, sowie einen Befundbericht des Radiologen Herrn K fÃ¼r ein 2-Phasenknochenszintigramm der HÃ¤nde, FÃ¼Ã□e, Knie und des GanzkÃ¶rpers der LendenwirbelsÃ¤ule zur Gerichtsakte. Ferner wurde berichtet, dass der KlÃ¤ger am 2. Oktober 2018 erstmalig eine Probesitzung bei der Psychotherapeutin Dr. S absolviert habe. Am 16. April 2019 erstellte der behandelnde Schmerztherapeut Dr. G ein weiteres Attest fÃ¼r den KlÃ¤ger. Er bestÃ¤tigte, dass der KlÃ¤ger sich seit dem 5. August 2016 in seiner ambulanten Schmerzsprechstunde befinde. Die angesetzten Termine seien regelmÃ¤Ã□ig wahrgenommen worden, es bestehe eine gute Compliance. Als weitere Dauerdiagnosen fÃ¼hrt Herr Dr. G zusÃ¤tzlich auch Spannungskopfschmerzen und eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung auf. Als Dauermedikamente seien 80 bis 100 Gramm medizinaler Cannabis als stabile Dosis seit Therapiebeginn verordnet worden. Wichtig sei, dass der KlÃ¤ger seit zwei Jahren nicht mehr krank gewesen sei und seine Beschwerden durch den Medizinal-Cannabis zum Teil vergessen habe.

Â

Am 30. April 2019 hat das Sozialgericht Berlin eine mÃ¼ndliche Verhandlung mit den Beteiligten durchgefÃ¼hrt. Der KlÃ¤ger hat erklÃ¤rt, dass er die Psychotherapie bei Frau Dr. S kurzfristig habe abbrechen mÃ¼ssen. Der Weg nach Potsdam sei zu weit gewesen. Er sei durch seine Gehbehinderung eingeschrÃ¤nkt. Seine als Beistand erschienene Sozialarbeiterin hat ergÃ¤nzt, dass der KlÃ¤ger fÃ¼r den Weg eineinhalb Stunden brauche.

Â

Mit Urteil vom 30. April 2019 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es ausgefÃ¼hrt, dass nach seiner Auffassung allgemein

anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechenden Leistungen zur VerfÃ¼gung stÃ¼nden. Der KlÃ¤ger sei nicht im ausreichenden Umfang erfolglos psychotherapeutisch und mit Antidepressiva behandelt worden. Ferner fehle es an einer Ã¤rztlichen Therapieentscheidung. Der KlÃ¤ger habe in der Folge nichts vorgebracht, was zu einer abweichenden rechtlichen Beurteilung fÃ¼hren kÃ¶nne. Dieses Urteil wurde dem damaligen ProzessbevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers am 24. Mai 2019 zugestellt.

Â

Am 20. Juni 2019 hat der KlÃ¤ger gegen die vorgenannte Entscheidung Berufung eingelegt. Der ProzessbevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers hat die Berufung damit begrÃ¼ndet, dass durch Ablauf der Genehmigungsfiktion zum 4. April 2017 eine Genehmigung der Cannabisverordnung bestehe. Der Einwand des angegriffenen Urteils, es liege keine Therapieentscheidung des verordnenden Arztes vor, gehe fehl. Eine Therapiehoheit des behandelnden Arztes gebe es nicht. Im Ãbrigen sei darauf hinzuweisen, dass bei Ã¤rztlich verordnetem und kontrolliertem Cannabiskonsum nie von einer CannabisabhÃ¤ngigkeit gesprochen werden kÃ¶nne.

Â

Auf den Hinweis des damaligen Berichterstatters vom 1. Juli 2020 zu der geÃ¤nderten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bezÃ¼glich der Genehmigungsfiktion des Â§Â 13 Abs. 3a SGB V hat der ProzessbevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers Nachweise fÃ¼r die Selbstbeschaffung von CannabisblÃ¼ten Ã¼ber hollÃ¤ndische Apotheken sowie eingelÃ¶ste Privatrezepte Ã¼ber Berliner Apotheken eingereicht. Der Wert der eingereichten Rezepte und Rechnungen belÃ¤uft sich insgesamt auf 15.303,54 Euro fÃ¼r den Zeitraum vom 17. MÃ¤rz 2017 bis 26. Juni 2020.Â Mit Schriftsatz vom 31. August 2020 reichte der ProzessbevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers ein weiteres Privatrezept vom 10. August 2020 sowie eine dazugehÃ¶rige Rechnung einer hollÃ¤ndischen Apotheke fÃ¼r CannabisblÃ¼ten im Wert von 600,00 Euro ein.

Â

Der KlÃ¤ger hat in dem am 17. MÃ¤rz 2022 durchgefÃ¼hrten Verhandlungstermin vor dem Senat nicht mehr an seinem Begehren festgehalten, mit dem Medikament SativexÂ® versorgt zu werden.

Â

Der KlÃ¤ger beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 30. April 2019 und den Bescheid der Beklagten vom 10. April 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. September 2017 aufzuheben und die

Beklagte zu verurteilen, den KlÃ¤ger mit Medizinal-CannabisblÃ¼ten mit einer Tagesdosis von mindestens 2,5 g zu versorgen sowie die entstandenen Kosten aus der Selbstversorgung mit Medizinal-CannabisblÃ¼ten in HÃ¶he von 15.903,54 Euro zu erstatten.

Â

Der Beklagte beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Die Beklagte hÃ¤lt die Entscheidung des Sozialgerichts Berlin fÃ¼r zutreffend. Eine Genehmigungsfiktion kÃ¶nne in Ermangelung eines fiktionsfÃ¤higen Antrages nicht eingetreten sei. Insbesondere fehle es in dem Antrag der Betreuerin des KlÃ¤ger an der Benennung der Cannabissorte und der Dosierung.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Â

I.

Die gemÃ¤Ã Â Â§Â 143 SozialgerichtsgesetzÂ (SGG) statthafte und gemÃ¤Ã Â Â§Â 151 Abs.Â 1 SGGÂ form- und fristgerecht eingelegte Berufung des KlÃ¤gers ist auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig. Er verfolgt in zulÃ¤ssiger Weise eine Anfechtungs- und Leistungsklage im Sinne des Â§ 54 Abs. 1 und 4 SGG. Insbesondere steht es dem KlÃ¤ger frei, im Berufungsverfahren die Erstattung von Kosten des von ihm selbst beschafften Medizinal-Cannabis anstatt der Sachleistung fÃ¼r bereits erworbene Arzneimittel zu begehren. GemÃ¤Ã Â§ 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG ist es nicht als eine Ãnderung der Klage anzusehen, wenn ohne Ãnderung des Klagegrundes statt der ursprÃ¼nglich geforderten Leistung wegen einer spÃ¤ter eingetretenen VerÃ¤nderung eine andere Leistung verlangt wird. So liegt es â wie hier â bei der Umstellung eines Sachleistungsbegehrens auf einen Kostenerstattungsanspruch (vgl.Â Bundessozialgericht, Urteil vom 26. Februar 2019, Aktenzeichen B 1 KR 24/18 R, Randnummer 8, zitiert nach JURIS).

Â

II.

1.

Die Berufung ist nicht begrÃ¼ndet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, da der Bescheid der Beklagten vom 10. April 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. September 2017 rechtmÃ¤Ãig ist. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf eine zukÃ¼nftige Versorgung mit Medizinal-CannabisblÃ¼ten mit einer Tagesdosierung von mindestens 2,5 g sowie einem Vier-Wochenbedarf von 70 g gemÃ¤Ã den Dosierungsangaben seines behandelnden Arztes sowie auf Erstattung von 15.903,54 Euro fÃ¼r bisher aufgewandten Kosten zum Erwerb der Ã¤rztlich verordneten CannabisblÃ¼ten. Denn die Beklagte hat die Bewilligung der begehrten Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt und der KlÃ¤ger kann sich weder auf eine Genehmigungsfiktion berufen, noch liegen die Voraussetzungen fÃ¼r eine zukÃ¼nftige Versorgung gemÃ¤Ã Â Â§Â 31 Abs.Â 6 SGB VÂ vor. Der Senat konnte sich insbesondere nicht davon Ã¼berzeugen, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung fÃ¼r die beim KlÃ¤ger bestehende Erkrankung nicht zur VerfÃ¼gung steht beziehungsweise wegen zu erwartender Nebenwirkungen und unter BerÃ¼cksichtigung des Krankheitszustandes des KlÃ¤gers nicht zur Anwendung kommen kann.

Â

a.

Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf Erstattung von 15.903,54 Euro fÃ¼r bisher aufgewandte Kosten, welche er entsprechend den von ihm eingereichten Rechnungen von Apotheken in B und den Niederlanden sowie den dazu gehÃ¶renden Privatrezepten fÃ¼r den Erwerb der ihm verordneten getrockneten Medizinal-CannabisblÃ¼ten aufgewandt hat.

Â

aa.

Ein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 1 SGB V kommt bereits aus dem Grund nicht in Betracht, dass der KlÃ¤ger nicht nach Â§ 13 Abs. 2 SGB V die Kostenerstattung anstelle der Erbringung einer Sachleistung gewÃ¤hlt hat.

Â

bb.

Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich auch nicht aus Â§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V. GemÃ¤Ã dieser Norm hat die Krankenkasse die Kosten fÃ¼r selbstbeschaffte Leistungen in der HÃ¶he zu erstatten, die dadurch entstanden sind, dass sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, soweit die Leistung notwendig war.

Â

Eine Unaufschiebbarkeit im Sinne der 1. Alternative des Â§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V verlangt, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsÃ¤chlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine MÃ¶glichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen GrÃ¼nden nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem spÃ¤teren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder zum Beispiel wegen der IntensitÃ¤t der Schmerzen ein auch nur vorÃ¼bergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist. Nach der Normstruktur desÂ Â§Â 13 Abs.Â 3 S.Â 1 SGB VÂ besteht diese Regelung in Abgrenzung zur 2. Alternative gerade, um Eilsituationen aufgrund der Unaufschiebbarkeit Rechnung zu tragen, bei denen der Versicherte die Entscheidung seiner Krankenkasse nicht mehr abwarten kann. Unaufschiebbar kann dabei auch eine zunÃ¤chst nicht eilbedÃ¼rftige Behandlung werden, wenn der Versicherte mit der AusfÃ¼hrung so lange wartet, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, um den mit ihr angestrebten Erfolg noch zu erreichen oder um sicherzustellen, dass er noch innerhalb eines therapeutischen Zeitfensters die benÃ¶tigte Behandlung erhalten wird (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 8. September 2015, Aktenzeichen B 1 KR 14/14 R, Rn 15, zitiert nach JURIS; Schifferdecker in Kassler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 117. ErgÃ¤nzungslieferung Dezember 2021, zu Â§ 13 SGB V, Rn 74ff. m.w.N.). Unaufschiebbar in diesem Sinne war die von dem KlÃ¤ger begehrte Leistung nicht. Dem KlÃ¤ger war das Zuwarten auf eine Entscheidung der Beklagten zumutbar, bevor er zur Selbstbeschaffung des von ihm begehrten Medizinal-Cannabis schritt. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, dass ein Zuwarten auf die nach wenigen Wochen ergangene Entscheidung der Beklagten den Behandlungserfolg der von dem KlÃ¤ger begehrten Cannabistherapie gefÃ¤hrdete. Etwas anderes wurde von dem KlÃ¤ger auch nicht vorgetragen.

Â

Der KlÃ¤ger hat auch keinen auf Â§ 13 Abs. 3 S. 1 2. Alternative SGB V gestÃ¼tzten Kostenerstattungsanspruch. Dieser Anspruch liegt nicht vor, da die Beklagte es nicht zu Unrecht abgelehnt hat, den KlÃ¤ger mit Medizinal-CannabisblÃ¼ten gemÃ¤Ã den Dosierungsangaben seines behandelnden Arztes zu versorgen. Der Kostenerstattungsanspruch aus Â§ 13 Abs. 3 SGB V reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehÃ¶rt, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (stÃ¤ndige Rechtsprechung, vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 17. Dezember 2019, Aktenzeichen B 1 KR 18/19 R,Â Rn. 8, zitiert nach JURIS; Schifferdecker, a.a.O., Rn 64 m.w.N.). Daran fehlt es, da dem KlÃ¤ger gegenÃ¼ber der Beklagten kein Anspruch auf die vorgenannte Sachleistung zusteht.

Nach Â§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die

Krankenbehandlung umfasst gemÃ¤Ã Â §Â 27 Abs.Â 1 S.Â 2 Nr.Â 3 SGB VÂ auch die in Â§ 31 SGB V nÃ¤her geregelte Versorgung mit Arzneimitteln. GemÃ¤Ã Â §Â 31 Abs.Â 6 S.Â 1 SGB VÂ haben Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten BlÃ¼ten oder Extrakten in standarisierter QualitÃ¤t und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon, wenn (1.) eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung (a) nicht zur VerfÃ¼gung steht oder (b) im Einzelfall nach der begrÃ¼ndeten EinschÃ¤tzung der behandelnden VertragsÃ¤rztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter AbwÃ¤gung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter BerÃ¼cksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann und (2.) eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht. Die Leistung bedarf gemÃ¤Ã Â§ 31 Abs. 6 S. 2 SGB V bei der ersten Verordnung fÃ¼r eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begrÃ¼ndeten AusnahmefÃ¤llen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist.

Der KlÃ¤ger hat am 28. Februar 2017 einen Antrag auf KostenÃ¼bernahme fÃ¼r verordnete CannabisblÃ¼ten / Zustimmung Therapie gestellt. Die vertragsÃ¤rztliche Verordnung seines behandelnden Schmerztherapeuten vom 17. MÃ¤rz 2017 hat der KlÃ¤ger im Verlauf des Antragsverfahrens und damit in jedem Fall fÃ¼r die Entscheidung der Beklagten Ã¼ber die Genehmigung der Cannabistherapie rechtzeitig nachgereicht (vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Aktenzeichen L 9 KR 262/20, Rn 17-19 m.w.N., zitiert nach JURIS). SpÃ¤testens mit dem Vorliegen des Begleitschreibens zu Cannaboiden nach Â§ 31 Abs. 6 SGBÂ V des behandelnden Schmerztherapeuten vom 2. Juni 2017 lag auch eine begrÃ¼ndete EinschÃ¤tzung eines Vertragsarztes vor, der allerdings nur von einer subjektiven Alternativlosigkeit der Therapie sprach und die Stellungnahme nur fÃ¼r die Anwendung des Arzneimittels SativexÂ® erstellte.

Bei dem KlÃ¤ger besteht auch eine schwerwiegende Erkrankung im Sinne des Â§Â 31 Abs.Â 6 S.Â 1 SGB V. Der Begriff der schwerwiegenden Erkrankung wird inÂ Â§Â 31 Abs.Â 6 SGB VÂ vom Gesetzgeber nicht definiert. Dem Ausnahmecharakter der Vorschrift folgend ist von einer schwerwiegenden Erkrankung dann auszugehen, wenn es sich um eine lebensbedrohliche oder die LebensqualitÃ¤t auf Dauer nachhaltig beeintrÃ¤chtigende Erkrankung handelt (vgl. Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 16. Oktober 2020, Aktenzeichen L 4 KR 813/19, Rn 40; Pitz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Auflage, Stand Juni 2020, zu Â§Â 31 SGB V Rn 125 m.w.N.; Nolte in Kassler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, a.a.O., zu Â§Â 31 SGB V, Rn. 75d). Der KlÃ¤ger leidet entsprechend den Bescheinigungen seiner behandelnden Ã rzte an einer Fibromyalgie an mehreren Lokalisationen, einer gastroÃ¶sophagealen Refluxkrankheit mit Ã sophagitis, einer chronischen SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren, einer StÃ¶rung des Sozialverhaltens mit depressiver StÃ¶rung, einem AbhÃ¤ngigkeitssyndrom fÃ¼r Cannaboide, sonstigen cannabinoidbedingten psychischen und VerhaltensstÃ¶rungen, einer chronischen Gastritis, Spannungskopfschmerzen und einer posttraumatischen

BelastungsstÃ¶rung. Diese beim KlÃ¤ger vorliegenden Erkrankungen beeintrÃ¤chtigen dessen LebensqualitÃ¤t auf Dauer und nachhaltig. Denn entsprechend den Mitteilungen der behandelnden Ãrzte des KlÃ¤gers, insbesondere dessen HausÃ¤rztin, fÃ¼hren diese Erkrankungen seit Jahren zu einer fortbestehenden Schmerzsymptomatik mit witterungsabhÃ¤ngiger VerstÃ¤rkung, SchlafstÃ¶rungen, KonzentrationsmÃ¤ngeln, Reizbarkeit und erheblichen psychosozialen Problemen im Umgang mit der Umwelt, der Regelung des eigenen Tagesablaufs, der Eigenmotivation zur ProblembewÃ¤ltigung und dem Aufbau normaler Strukturen. Der KlÃ¤ger hat deswegen im Rahmen der Einzelfallhilfe einen gesetzlichen Betreuer und wohnt im â Betreuten Wohnenâ . Das belegt zur Ãberzeugung des Senats das Vorliegen von die LebensqualitÃ¤t auf Dauer und nachhaltig beeintrÃ¤chtigenden Erkrankungen.

Â

Der Senat konnte sich aber nicht davon Ã¼berzeugen, dass allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen fÃ¼r die beim KlÃ¤ger bestehenden Erkrankungen im Sinne des Â§ 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 1a SGB V nicht zur VerfÃ¼gung stehen. Es liegt auch keine Ã¤rztliche EinschÃ¤tzung im Sinne des Â§ 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 1b SGB V vor, dass eine tatsÃ¤chlich bestehende Alternativbehandlung nicht zur Anwendung kommen kann.

Â

Die Voraussetzung des Fehlens einer Standardtherapie knÃ¼pft entsprechend der gesetzlichen BegrÃ¼ndung an die Vorschrift desÂ Â§Â 2 Abs.Â 1a SGB VÂ an (vgl. BT-Drs. 18/8965, S.Â 24). Insoweit ist fÃ¼r die Beurteilung des Vorhandenseins einer dem medizinischen Standard entsprechenden Leistung auf die GrundsÃ¤tze zur evidenzbasierten Medizin abzustellen. Die Tatbestandsvoraussetzung des Fehlens einer Standardtherapie ist nur dann erfÃ¼llt, wenn eine Standardtherapie tatsÃ¤chlich nicht zur VerfÃ¼gung steht oder sie der Versicherte nachgewiesenermaÃen nicht vertrÃ¤gt (vgl. Pitz, a.a.O., Â§Â 31, Rn. 126 m.w.N.). Dabei ist weiter zu beachten, dass Voraussetzung fÃ¼r die Annahme, dass eine anerkannte Standardtherapie i.S.v.Â Â§Â 31 Abs.Â 6 S. 1 Nr.Â 1b SGB VÂ nicht zur Anwendung kommen kann, ist, dass aufgrund individueller UmstÃ¤nde der Eintritt konkret zu erwartender Nebenwirkungen aufgezeigt wird, die aufgrund einer individuellen AbschÃ¤tzung als unzumutbar anzusehen sind (vgl. LandessozialgerichtÂ Rheinland-Pfalz, Urteil vom 20. Dezember 2018, Aktenzeichen L 5 KR 125/18, Rn 34, zitiert nach JURIS).

Dieses zu Grunde gelegt, ist der Senat in Anschluss an die EinschÃ¤tzung des MDK sowie der behandelnden Ãrzte des KlÃ¤gers wÃ¤hrend dessen stationÃ¤ren Aufenthalten an der CharitÃ© B und der Klinik H davon Ã¼berzeugt, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung i.S.v.Â Â§Â 31 Abs.Â 6 S.Â 1 Nr.Â 1a SGB VÂ zur Behandlung der ihm vorliegenden Erkrankungen zur VerfÃ¼gung steht, die auch zur Anwendung kommen kann (Â§Â 31 Abs.Â 6 S.Â 1 Nr.Â 1b SGB V). Behandlungsziele sind entsprechend den Angaben des behandelnden Schmerztherapeuten Dr. G eine Verlangsamung der

Krankheitsprogression, eine Reduktion beziehungsweise Vermeidung der die LebensqualitÃ¤t des KlÃ¤gers reduzierenden Medikation, eine Verringerung der Sturzgefahr, ein Erhalt beziehungsweise eine Wiederherstellung der Selbstversorgung im hÃ¤uslichen Bereich, eine Schmerzlinderung in Ruhe und Bewegung, eine Verbesserung der kÃ¶rperlichen LeistungsfÃ¤higkeit und der psychischen Belastbarkeit, eine vermehrte AktivitÃ¤t trotz gleicher Schmerzen, eine bessere SchlafqualitÃ¤t, eine schnellere Schmerzreduktion, ein bedingtes Gesundsein im Erleben und Verhalten sowie eine berufliche und soziale Stabilisierung. Als Ausgangspunkt fÃ¼r das Erreichen dieser Ziele steht entsprechend der EinschÃ¤tzung des MDK sowie der Behandler des KlÃ¤gers in der CharitÃ© und der Klinik H eine psychotherapeutische Behandlung, zumindest erst einmal in der Form einer konsequent durchgefÃ¼hrten ambulanten Psychotherapie zur Behandlung der Suchtproblematik und der durch Cannabiskonsum bedingten VerhaltensstÃ¶rung zur VerfÃ¼gung. Diese Ã¤rztliche EinschÃ¤tzung ist fÃ¼r den Senat ohne Weiteres schlÃ¼ssig, da bei dem KlÃ¤ger durch seine Behandler ein AbhÃ¤ngigkeitssyndrom fÃ¼r Cannaboide mit psychischen und VerhaltensstÃ¶rungen durch Cannaboide Ã¼bereinstimmend festgestellt wurde. Die regelmÃ¤Ãige Einnahme von Cannabis durch den KlÃ¤ger ist damit nicht nur Teil einer mÃ¶glichen Therapie des KlÃ¤gers, sondern entsprechend der EinschÃ¤tzung der Ãrzte der CharitÃ© wie auch der Ãrzte der Klinik H mitursÃ¤chlich fÃ¼r dessen Beschwerden. Die Ãrzte der vorgenannten Kliniken empfehlen daher einen Cannabisentzug oder zumindest eine erhebliche Reduzierung des Cannabiskonsums, um eine anschlieÃende multimodale Schmerztherapie zu ermÃ¶glichen. Dieser Ansatz deckt sich im Grundsatz auch mit dem zunÃ¤chst gewÃ¤hlten Behandlungsansatz des Schmerztherapeuten Dr. G, da es nach dessen Behandlungsvertrag ein Ziel der Behandlung des KlÃ¤gers war, dessen tÃ¤glichen Cannabiskonsum zu senken. ErgÃ¤nzend schlÃ¤gt der MdK aus Sicht des Senats schlÃ¼ssig eine kÃ¶rperliche Aktivierung des KlÃ¤gers und eine Gabe von Antidepressiva zur Reduktion der Beschwerden und Verbesserung der Konditionierung vor. Dieses ist dem KlÃ¤ger auch zumutbar. Das einmalige vergebliche Ausprobieren eines Antidepressivums spricht aus Sicht des Senats nicht dagegen, ein anderes Antidepressivum auszuprobieren, insbesondere wenn die Behandlung durch Arzneimittel in eine laufende psychiatrische und vor allem psychotherapeutische Behandlung eingebettet wird. Dieses zu Grunde gelegt, sind aus Sicht des Senats noch nicht alle erfolgversprechenden Standardtherapien ausgeschÃ¶pft, die im Fall des KlÃ¤gers zur VerfÃ¼gung stehen, um den Gesundheitszustand des KlÃ¤gers zu bessern, insbesondere um durch psychotherapeutische Verfahren die AbhÃ¤ngigkeitssymptomatik des KlÃ¤gers fÃ¼r Cannaboide zu Ã¼berwinden, die weiteren psychischen Beschwerden des KlÃ¤gers zu mildern und dadurch die Grundvoraussetzungen zu schaffen, um eine effektive multimodale Schmerztherapie durchzufÃ¼hren. Der Umstand, dass der KlÃ¤ger einer Standardbehandlung und insbesondere einer Reduktion des Cannabiskonsums mit dem Ziel des Ausschleichens des tÃ¤glich konsumierten Cannabis skeptisch oder sogar ablehnend gegenÃ¼ber steht, Ã¤ndert nichts am objektiven Vorliegen von anwendbaren Standardtherapien. Insbesondere kann zur Ãberzeugung des Senats eine fehlende Compliance vor dem Hintergrund eines AbhÃ¤ngigkeitssyndroms des Versicherten nicht zum Fehlen oder zu mangelnden Erfolgsaussichten fÃ¼r einen Behandlungsansatz mit Standardtherapien fÃ¼hren.

Â

Weiterhin liegt auch keine begrÃ¼ndete EinschÃ¤tzung des behandelnden Vertragsarztes unter AbwÃ¤gung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter BerÃ¼cksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten im Sinne des Â§ 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 1b SGB V vor, weshalb die vorgenannte Standardtherapie nicht zur Anwendung kommen kann. Der Schmerztherapeut Dr. G begrÃ¼ndet in seiner Ã¤rztlichen Stellungnahme vom 2. Juni 2017 den Beginn der Therapie mit Cannabis damit, dass der KlÃ¤ger die nach den vorgenannten Ã¤rztlichen Stellungnahmen indizierte psychotherapeutische Behandlung nicht wahrgenommen habe, da er trotz mehrerer Kontaktversuche keinen Therapeuten gefunden habe. Eine multimodale Schmerztherapie wird von Dr. G durchaus als eine sinnvolle Behandlungsalternative eingeschÃ¤tzt. Er spricht ferner in seinem Begleitschreiben zu Cannaboiden nach Â§ 31 Abs. 6 SGB bei der Beantwortung der dortigen Frage zu 8.) von einer â□□subjektiven Alternativlosigkeitâ□□ des KlÃ¤gers, was im Umkehrschluss indiziert, dass es auch aus Sicht des behandelnden Schmerztherapeuten objektiv durchaus alternative BehandlungsmÃ¶glichkeiten gibt. Daher benennt er auch keine medizinischen GrÃ¼nde fÃ¼r die Unanwendbarkeit des alternativen Behandlungsansatzes der DurchfÃ¼hrung einer Psychotherapie und einer multimodalen Schmerztherapie. An die von Dr. G angegebenen nichtmedizinischen GrÃ¼nde fÃ¼r das Fehlen einer alternativen BehandlungsmÃ¶glichkeit ist der Senat nicht gebunden (vgl. Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 27. April 2021, Aktenzeichen L 11 KR 2148/20, Rn 31, zitiert nach JURIS). Im Ã□brigen ist der KlÃ¤ger, der nur einmal an einer probatorischen psychotherapeutischen Sitzung teilgenommen hat, den Nachweis schuldig geblieben, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht zu dem gewÃ¼nschten Behandlungserfolg fÃ¼hrt. Dabei wÃ¤re ihm die FortfÃ¼hrung der Psychotherapie auch bei der bisherigen Psychotherapeutin in Potsdam mÃ¶glich gewesen, da die von dem KlÃ¤ger wegen Bewegungsschmerzen als unzumutbar bezeichnete Anreise auch nicht wesentlich weiter oder schwieriger ist, als die Anreise zu seinem ebenfalls in P ansÃ¤ssigen Schmerztherapeuten, welche der KlÃ¤ger regelmÃ¤Ã□ig absolviert. Alternativ hÃ¤tte der KlÃ¤ger sich, gegebenenfalls unter Inanspruchnahme der Terminservicestelle der KassenÃ¤rztliche Vereinigung Berlin, intensiv um eine wohnortnÃ¤here Psychotherapie bemÃ¼hen kÃ¶nnen.

Â

cc.

Der KlÃ¤ger kann sich fÃ¼r die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs schlieÃ□lich auch nicht auf die Genehmigungsfiktion nachÂ Â§Â 13 Abs.Â 3a SGB V Â berufen. GemÃ¤Ã□ Â§ 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse Ã¼ber einen Antrag auf Leistungen zÃ¼gig, spÃ¤testens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in FÃ¤llen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fÃ¼nf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme fÃ¼r erforderlich hÃ¤lt, hat sie diese unverzÃ¼glich einzuholen und

die Leistungsberechtigten hierÃ¼ber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Kann die Krankenkasse die vorgenannte Frist nach Â§ 13 Abs. 3a S.Â 1 (oder S.Â 4 bezÃ¼glich eines zahnÃ¤rztliches Gutachterverfahrens) SGB V nicht einhalten, teilt sie dieses gemÃ¤Ã Â§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V den Leistungsberechtigten unter Darlegung der GrÃ¼nde rechtzeitig schriftlich mit. Â§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V gibt vor, dass, wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes erfolgt, die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt gilt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse nach Â§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Die Beklagte hat die Frist desÂ Â§Â 13 Abs.Â 3a SatzÂ 1 SGB VÂ gewahrt. Sie hat den KlÃ¤ger darauf hingewiesen, dass sie eine Begutachtung fÃ¼r notwendig erachtet und anschlieÃend ein Gutachten des MDK eingeholt, so dass die FÃ¼nfwochenfrist des Â§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V einschlÃ¤gig ist. Diese Frist hat trotz Stellung eines hinreichend bestimmten Antrages des KlÃ¤gers am 28. Februar 2017 erst am 10. MÃ¤rz 2017 zu laufen begonnen, da erst ab diesem Zeitpunkt eine Rechtsgrundlage fÃ¼r das Begehren des KlÃ¤gers existierte. Damit hat die Beklagte mit dem Bescheid vom 10. April 2017, welcher dem KlÃ¤ger spÃ¤testens am 13. April 2017 bekannt gegeben wurde, innerhalb der vorgenannten Frist entschieden.

Die Entscheidungsfrist des Â§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V beginnt grundsÃ¤tzlich mit dem Eingang eines hinreichend bestimmten Leistungsantrages bei der gesetzlichen Krankenkasse (vgl. Helbig in jurisPK-SGB V, a.a.O., zu Â§ 13 SGB V, Rn 101). Dieses ist damit zu begrÃ¼nden, dass eine Genehmigungsfiktion nach Â§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V nur dann eintreten kann, wenn der Antrag des Leistungsberechtigten auf die GewÃ¤hrung einer Sachleistung im Sinne des Â§ 33 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) hinreichend bestimmt ist. Dieses gilt auch vor dem Hintergrund, dass nach der geÃ¤nderten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei Eintritt der Genehmigungsfiktion des Â§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V kein Verwaltungsakt Ã¼ber die GewÃ¤hrung der beantragten Sachleistung fingiert, sondern zu Gunsten des Antragstellers eine Rechtsposition sui generis geschaffen wird, auf Grund derer er unter der Voraussetzung des Fortbestehens der GutglÃ¤ubigkeit zum Zeitpunkt des jeweiligen Beschaffungsvorgangs das Recht erwirbt, sich die jeweilige Sachleistung selbst zu beschaffen und nach Â§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V von der Krankenkasse Kostenerstattung zu verlangen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 26. Mai 2020, Aktenzeichen B 1 KR 9/18, Rn 10ff.). Denn auch in diesem Fall muss auf Grund eines hinreichend bestimmten Antrages klar sein, dass und in welchem Umfang die Genehmigungsfiktion fÃ¼r die beantragte Leistung eintritt, wofÃ¼r Â§ 33 SGB X als MaÃstab dient. Ein Verwaltungsakt ist im Sinne der vorgenannten Norm inhaltlich hinreichend bestimmt, wenn sein Adressat objektiv in der Lage ist, den Regelungsgehalt des VerfÃ¼gungssatzes zu erkennen und der VerfÃ¼gungssatz gegebenenfalls eine geeignete Grundlage fÃ¼r seine zwangsweise Durchsetzung bildet. So liegt es, wenn der VerfÃ¼gungssatz in sich widerspruchsfrei ist und den Betroffenen bei Zugrundelegung der ErkenntnismÃ¶glichkeiten eines verstÃ¤ndigen EmpfÃ¤ngers in die Lage versetzt, sein Verhalten daran auszurichten. Die Anforderungen an die notwendige Bestimmtheit richten sich im Einzelnen nach den

Besonderheiten des jeweils anzuwendenden materiellen Rechts (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11. Juli 2017, Aktenzeichen B 1 KR 26/16 R, Rn 17, zitiert nach JURIS). Dabei dÃ¼rfen die Voraussetzungen nicht Ã¼berspannt werden. Dem Leistungsberechtigten sollen einfache Kriterien an die Hand gegeben werden, um erkennen zu kÃ¶nnen, ob die Genehmigung fingiert ist und er sich die beantragte Leistung selbst beschaffen kann (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 27. August 2019, Aktenzeichen B 1 KR 1/19 R, Rn 22, zitiert nach JURIS).Â Der Antrag ist daher auslegungsfÃ¤hig. Er muss aber formal vollstÃ¤ndig und â□□halbwegs schlÃ¼ssigâ□□ gestellt sein (vgl. Roller, Der krankenversicherungsrechtliche Anspruch auf Cannabis nach Genehmigungsfiktion in SGb 2020, S. 345).

FÃ¼r die Genehmigungsfiktion genÃ¼gt es dabei, dass das Behandlungsziel klar ist. Dass hinsichtlich der Mittel zur ErfÃ¼llung der Leistungspflicht verschiedene MÃ¶glichkeiten zur VerfÃ¼gung stehen, beeintrÃ¤chtigt den Charakter einer Leistung als vertretbare Handlung nicht. Das gilt ebenso, wenn der Leistungsberechtigte zur Konkretisierung der Behandlungsleistung auf die Beratung des behandelnden Arztes angewiesen ist (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 27. August 2019, a.a.O., Rn 17). In Ã□bertragung dieser allgemeinen AusfÃ¼hrung auf die materiell-rechtliche Norm des Â§ 31 Abs. 6 SGB V, genÃ¼gt es fÃ¼r den Eintritt der Genehmigungsfiktion nicht, dass die Versorgung des Leistungsberechtigten mit Cannabis beantragt wird. Denn hierdurch wird das Behandlungsziel noch nicht klar genug bestimmt (vgl. Hessisches Landessozialgericht, Beschluss vom 9. Oktober 2017, Aktenzeichen L 1 KR 338/17 B ER, Rn 37, zitiert nach JURIS, so auch Schifferdecker, a.a.O., Rn 118a). Weiterhin ist zu berÃ¼cksichtigen, dass eine Genehmigung der Krankenkasse fingiert werden soll und eine fingierte Genehmigung nicht weiter reichen kann, als die ausdrÃ¼ckliche Genehmigung der Krankenkasse. Bezogen auf die Norm desÂ Â§ 31 Abs. 6 SGB V bedeutet das, dass zumindest das Arzneimittel, der Wirkstoff beziehungsweise die Darreichungsform von Cannabis als BlÃ¼ten oder Extrakt benannt wird (so zutreffend: Roller, a.a.O.). Diesen Anforderungen genÃ¼gt der auslegungsfÃ¤hige Antrag des KlÃ¤gers vom 28.Â Februar 2017. Dieser bringt zum Ausdruck, dass der KlÃ¤ger eine Versorgung mit Cannabis in BlÃ¼tenform wÃ¼nscht, welche er nach Einholung einer Verordnung seines behandelnden Schmerztherapeuten bei Vorliegen einer Fibromyalgie zur Schmerzreduktion konsumieren will. Das genÃ¼gt, um die Darreichungsform und das Behandlungsziel hinreichend klar darzulegen. Im Fall des Eintritts einer Genehmigungsfiktion wÃ¼sste der KlÃ¤ger, dass er sich vertragsÃ¤rztlich Cannabis in BlÃ¼tenform selbst verschaffen kÃ¶nnte, wobei die Bestimmung der Sorte und der Dosis im Rahmen der Ã¤rztlichen Behandlungshoheit und der gesetzlichen Vorgaben, insbesondere des BetÃ¤ubungsmittelrechts, dem behandelnden Arzt Ã¼berlassen bliebe. Eine Pflicht zur Angabe der konkreten Ausgestaltung der Therapie, insbesondere von Dosis und Cannabissorte durch den Antragssteller lÃ¤sst sich der Norm des Â§ 31 Abs. 6 SGB V nicht entnehmen (so auch Roller, a.a.O. und Pitz, a.a.O., Rn 129).Â Â Â Â

Jedoch ist der Senat der Ã□berzeugung, dass die Frist des Â§ 13 Abs. 3a SGB V auf Grund des Umstandes, dass die Norm des Â§ 31 Abs. 6 SGB V erst zum 10. MÃ¤rz 2017 eingefÃ¼hrt wurde, erst an diesem Tag zu laufen begonnen hat. Dieses ist

darauf zurÃ¼ckzufÃ¼hren, dass die Norm des Â§ 31 Abs. 6 SGB V erst mit der VerÃ¶ffentlichung des Gesetzes zur Ãnderung betÃ¤ubungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 6. MÃ¤rz 2017 im Bundesgesetzblatt am 9. MÃ¤rz 2017 (BGBl. I 2017, S. 403) mit Wirkung zum 10. MÃ¤rz 2017 in Kraft getreten ist. Eine RÃ¼ckwirkung des Â§ 31 Abs. 6 SGB V fÃ¼r die Zeit vor dem 10. MÃ¤rz 2017 gibt es nicht. Nach dem maÃgeblichen intertemporalen Recht ist eine Regelung, soweit keine abweichende Ãbergangsvorschrift existiert, nur auf solche Sachverhalte anwendbar, die sich vollstÃ¤ndig nach Inkrafttreten des neuen Rechts verwirklicht haben (vgl. Bundessozialgericht, Urteile vom 27. August 2019, Aktenzeichen B 1 KR 14/19 R, Rn 10; vom 8. MÃ¤rz 2016, Aktenzeichen B 1 KR 25/15 R, Rn 9; 22. Juni 2010, Aktenzeichen B 1 KR 29/09 R, Rn 9; und 19. September 2007, Aktenzeichen B 1 A 4/06 R, Rn 15, jeweils zitiert nach JURIS; Pitz, a.a.O., Rn 121). Eine gesetzliche Ãbergangsregelung, welche eine frÃ¼here Anwendbarkeit des Â§ 31 Abs. 6 SGB V anordnet, gibt es nicht. Solange die gesetzliche Grundlage fÃ¼r den geltend gemachten Anspruch des Leistungsberechtigten nicht existiert, kann damit auch die Frist des Â§ 13 Abs. 3a SGB V nicht zu laufen beginnen. Dieses ergibt sich auch aus dem Sinn und Zweck der Norm des Â§ 13 Abs. 3a SGB V. Den gesetzlichen Krankenkassen werden durch die vorgenannte Norm kurze Fristen eingerÃ¤umt, um zÃ¼gige Entscheidungen herbeizufÃ¼hren mit der Folge einer Sanktionierung durch einen Kostenerstattungsanspruch, falls diese Entscheidungsfristen nicht eingehalten werden und der Leistungsberechtigte sich die beantragte Leistung in der gerechtfertigten Annahme, dass ihm diese zustehen kann, selbst beschaffen darf (vgl. Schifferdecker, a.a.O., Rn 112). Eine verzÃ¶gerte Entscheidung eines Leistungsantrages liegt jedoch in jedem Fall so lange nicht vor, wie es an einer rechtliche Grundlage fÃ¼r die Entscheidung Ã¼ber den Antrag fehlt. Dieses resultiert zur Ãberzeugung des Senats im Anschluss an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts daraus, dass eine noch nicht in Kraft getretene Norm nach ihrem zeitlichen Geltungswillen das streitige RechtsverhÃ¤ltnis noch nicht erfasst (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 27. August 2019, a.a.O.; Urteil vom 19. September 2007, a.a.O.; Urteil vom 11. Dezember 1990, Aktenzeichen 1 RR 2/88, Rn 14 und Urteil vom 27. Oktober 1976, Aktenzeichen 2 RU 127/74, Rn 29 m.w.N.) und damit keine Rechtsfolgen auslÃ¶sen, also nicht zu einem Fristbeginn im Sinne des Â§ 13 Abs. 3a SGB V fÃ¼hren kann. FÃ¼r einen Fristbeginn nach Â§ 13 Abs. 3a SGB V erst mit Inkrafttreten der Norm, auf die sich der Leistungsantrag stÃ¼tzt, spricht auch der auf gesetzliche Fristen nach Â§ 26 SGB X anzuwendende Rechtsgedanke des Â§ 206 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) (vgl. zur entsprechenden Anwendbarkeit der gesetzlichen Regelung zur VerjÃ¤hrung des BGB Ã¼ber die gesetzliche Verweisung des Â§ 187 bis Â§ 193 BGB hinausgehend: Mutschler in Kassler Kommentar, a.a.O., zu Â§ 26 SGB X, Rn 7). Solange der Gesetzgeber keine Rechtsgrundlage fÃ¼r eine Entscheidung Ã¼ber einen Leistungsantrag eines Versicherten bereitstellt, ist die Krankenkasse auf Grund hÃ¶herer Gewalt daran gehindert, diesen Antrag positiv zu entscheiden, da die begehrte Leistung bis zum Inkrafttreten der gesetzlichen Anspruchsgrundlage nicht zum Versorgungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehÃ¶rt. Die vom Senat fÃ¼r zutreffend erachtete Auslegung der gesetzlichen Vorgaben zum Fristbeginn des Â§ 13 Abs. 3a SGB V erst mit Inkrafttreten der eigentlichen gesetzlichen Anspruchsgrundlage fÃ¼r das Leistungsbegehren widerspricht auch nicht der gesetzlichen Intention, dem Leistungsberechtigten zÃ¼gig Gewissheit

darÃ¼ber zu verschaffen, ob die Krankenkasse die Leistung gewÃ¤hrt oder ob er sich diese Leistung selbst verschaffen darf. Denn solange die rechtliche Grundlage fÃ¼r das beantragte Leistungsbegehren noch nicht existiert, weiÃ der Leistungsberechtigte, dass er noch keinen Leistungsanspruch haben kann und sich die Entscheidung der Krankenkasse Ã¼ber den â vorzeitig â gestellten Antrag entsprechend verzÃ¶gern muss. Im Fall des KlÃ¤gers war dieses entsprechend dem Antrag vom 28. Februar 2017 auch dessen Betreuerin bekannt, die zudem von der Beklagten mit dem Schreiben vom 3. MÃ¤rz 2017 noch einmal ausdrÃ¼cklich darauf hingewiesen wurde, dass es zum damaligen Zeitpunkt fÃ¼r das Begehren des KlÃ¤gers noch keine Rechtsgrundlage gab.

Unter Zugrundelegung der Fristenregelung des Â§ 26 Abs.1 SGB X in Verbindung mit Â§ 187 Abs.1 BGB begann daher die Frist der Beklagten, Ã¼ber den Antrag des KlÃ¤gers zu entscheiden, erst am 10. MÃ¤rz 2017 mit dem Inkrafttreten der Norm des Â§ 31 Abs. 6 SGB V zu laufen. Fristende war gemÃ¤Ã Â§ 26 Abs. 1 SGB X in Verbindung mit Â§ 188 Abs. 2 Â BGB am Dienstag, dem 14. April 2017. Da der streitgegenstÃ¤ndliche Bescheid der Beklagten dem KlÃ¤ger auf Grund dessen Widerspruchseinlegung am 13. April 2017 spÃ¤testens an diesem Tag bekannt gegeben wurde, ist die Entscheidungsfrist des Â§ 13 Abs. 3a SGB V gewahrt.Â

Â

b.

Der KlÃ¤ger hat gemÃ¤Ã Â§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB V in Verbindung mit Â§ 31 Abs. 6 S.1 SGB V auch keinen Anspruch auf eine laufende Versorgung mit Ã¤rztlich verordneten CannabisblÃ¼ten als Sachleistung. In Ermangelung der AusschÃ¶pfung der zugelassenen Standardtherapien, insbesondere mangels Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen, steht ihm eine solcher Leistungsanspruch nicht zu. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die obigen AusfÃ¼hrungen des Senats unter dem Punkt 1a-bb Bezug genommen.

2.

Die Kostengrundentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG und folgt dem Ausgang des Hauptsacheverfahrens.

Â

3.

Die Revision wird gemÃ¤Ã Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen.

FÃ¼r die Ã¼ber den konkreten Anwendungsfall des Â§ 31 Abs. 6 SGB V hinausgehende Rechtsfrage, ob das Fehlen einer materiell-rechtlichen gesetzlichen Anspruchsgrundlage fÃ¼r das hinreichend bestimmte Leistungsbegehren des Antragstellers zum Zeitpunkt der Antragstellung dazu fÃ¼hrt, dass die Entscheidungsfrist des Â§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V erst mit dem Zeitpunkt des

Inkrafttretens der jeweiligen gesetzlichen Regelung zu laufen beginnt, fehlt es an hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung. Die bisher ergangene Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur zeitlichen Anwendbarkeit einer neu eingefÃ¼hrten gesetzlichen Regelung unter Anwendung der GrundsÃ¤tze des intertemporalen Rechts betrifft keine FÃ¤lle einer Genehmigungsfiktion nach Â§ 13 Abs. 3a SGB V, sondern nur Fallkonstellationen, in denen die jeweilig neu geschaffene gesetzliche Anspruchsnorm als Anspruchsgrundlage direkt zur Anwendung kommen sollte. Insbesondere das Urteil des Bundessozialgerichts vom 27. August 2019 zum Aktenzeichen B 1 KR 14/19 R klÃ¤rt nur die Frage der zeitlichen Anwendbarkeit des Â§ 13 Abs. 3a SGB V ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der vorgenannten Norm. Eine hÃ¶chstrichterliche Entscheidung Ã¼ber eine Verschiebung des Fristbeginns oder einer Hemmung der Entscheidungsfrist des Â§ 13 Abs. 3a S.1 SGB V bei Fehlen einer gesetzlichen Anspruchsgrundlage fÃ¼r das Antragsbegehren zum Zeitpunkt der Antragstellung steht indes noch aus.

Auf die Entscheidung dieser Rechtsfrage kommt es auch an, da eine einmal eingetretene Genehmigungsfiktion nach Â§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V fÃ¼r die nach Â§ 31 Abs. 6 SGB V beantragte Genehmigung von Cannabis grundsÃ¤tzlich auch Ã¼ber die Ablehnungsentscheidung im Ausgangsverfahren hinaus bestehen kann. Das Recht zur Geltendmachung eines Kostenerstattungsanspruchs nach Selbstbeschaffung nach Â§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V besteht bei Eintritt der Genehmigungsfiktion auch wÃ¤hrend des fortlaufenden Verwaltungs- und Klageverfahrens selbst bei einem objektiv fehlenden Leistungsanspruch so lange fort, wie der Versicherte im Zeitpunkt der jeweiligen Selbstbeschaffung bezÃ¼glich des fehlenden materiellen Leistungsanspruchs nicht zumindest grob fahrlÃ¤ssig ist. Eine solche grobe FahrlÃ¤ssigkeit des Versicherten liegt nur dann vor, wenn sich dieser trotz erdrÃ¼ckender Sach- und Rechtslage einer besseren Erkenntnis verschlieÃ t, so dass auch eine ablehnende Entscheidung der Krankenkasse, auch wenn sie auf ein Gutachten des MDK gestÃ¼tzt ist, fÃ¼r sich gesehen noch nicht ohne Weiteres zu einer groben FahrlÃ¤ssigkeit des Versicherten fÃ¼hrt. Diese kann sich im jeweiligen Einzelfall vielmehr nur aus der QualitÃ¤t der vorgebrachten fachlichen Argumente und ihrer Nachvollziehbarkeit fÃ¼r den Versicherten ergeben (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 26. Mai 2020, a.a.O. Rn 22ff.). Erst eine bestandskrÃ¤ftige oder rechtskrÃ¤ftige Ablehnung des Leistungsantrages wÃ¼rde zwingend zum Wegfall der GutglÃ¤ubigkeit des Versicherten fÃ¼hren, da dieser dann weiÃ , dass er sich die beantragte Leistung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verschaffen kann (vgl. Bundessozialgericht, a.a.O., Rn 27; Schifferdecker, a.a.O., Rn 139). Da die streitgegenstÃ¤ndliche Ablehnungsentscheidung der Beklagten vom 10. April 2017 bis heute nicht in Rechtskraft erwachsen ist, es bis heute an hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung zu den rechtlichen Tatbestandsvoraussetzungen des Â§ 31 Abs. 6 SGB V fehlt und die angegriffene Entscheidung der Beklagten, des Sozialgerichts und die weiteren Ã¤rztlichen EinschÃ¤tzungen keine aus Sicht des KlÃ¤gers erdrÃ¼ckende Sachlage schaffen, kann dessen GutglÃ¤ubigkeit zum Zeitpunkt der jeweiligen Selbstbeschaffungen zur Ã berzeugung des Senats im Sinne der vorgenannten Bundessozialgerichtsrechtsprechung nicht ausgeschlossen werden, so dass es zur Entscheidung des Rechtstreites auf die Rechtsfrage des Fristbeginns nach Â§Â 13 Abs. 3a S. 1 SGB V bei Inkrafttreten der materiellen Anspruchsnorm erst nach

Antragstellung ankommt.

Erstellt am: 18.05.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024