
S 44 KR 1013/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Begründete Einschätzung Cannabis Genehmigungsfiktion Vertragsärztliche Verordnung
Leitsätze	1. Das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung über die Versorgung mit Cannabisprodukten iSd § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V steht einem Anspruch der Versicherten auf Naturalleistung entgegen. 2. Entsprechendes gilt für Kostenerstattungsansprüche aufgrund einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V ein, da ohne vertragsärztliche Verordnung kein genehmigungsfähiger Antrag gegeben ist. 3. Die begründete Einschätzung des Vertragsarztes nach § 31 Abs. 6 Satz 1 Zif. 1b SGB V muss eine Auseinandersetzung mit anderen zur Verfügung stehenden Therapien enthalten. Hierzu erforderlich ist jedenfalls, eine vollständige Auflistung der beim Versicherten bestehenden Erkrankungen, die eine Verordnung von Cannabispräparaten möglicherweise als nicht indiziert erscheinen lassen, und eine qualifizierte Abwägung von Chancen und Risiken der beantragten Behandlung.
Normenkette	SGB V § 13 Abs. 3a SGB V § 31 Abs. 6
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 44 KR 1013/18

Datum 02.04.2019

2. Instanz

Aktenzeichen L 4 KR 307/19

Datum 03.03.2022

3. Instanz

Datum -

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 2. April 2019 aufgehoben und die Klage gegen die Bescheide der Beklagten vom 27. MÃ¤rz 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Juni 2018 abgewiesen.

II. AuÃgerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

T a t b e s t a n d :

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Kosten und die kÃ¼nftige Versorgung des KlÃ¤gers mit CannabisblÃ¤tten.

Der 1964 geborene KlÃ¤ger und Berufungsbeklagte beantragte am 23.01.2018 bei der Beklagten die Versorgung mit unzerkleinerten CannabisblÃ¤tten der Sorte Pedanios 22.1. Beigelegt war ein vom Vertragsarzt Dr. D1 ausgefÃ¼llter Arztfragebogen, wonach THC zur Behandlung einer posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung, chronischem Schmerzsyndrom und depressiver StÃ¶rung verordnet werden solle. Hierbei handle es sich um eine schwerwiegende Erkrankung. Behandlungsziel sei die Reduzierung bzw. das Absetzen von Ibuprofen (dreimal tgl. 800 mg). Bisher sei regelmÃÃig manuelle Therapie, Osteopathie, ErnÃ¤hrungsumstellung und Gymnastik durchgefÃ¼hrt worden. Es gebe keine weiteren, allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechende alternative Behandlungsoptionen. Keine Angabe erfolgte unter Frage 5, welche anderen Erkrankungen gleichzeitig bestÃ¼nden.

Ebenfalls beigelegt waren Berichte Ã¼ber stationÃ¤re Aufenthalte des KlÃ¤gers in den Jahren 2010 und 2013 wegen komplexer posttraumatischer BelastungsstÃ¶rung, rezidivierender depressiver StÃ¶rung mittelgradige Episode, WirbelsÃ¤ulensyndrom und Adipositas. Der KlÃ¤ger konsumiere seit dem 15. Lebensjahr Cannabis und weitere Drogen. Aus einem Bericht des Jahres 2013 geht die Diagnose einer COPD hervor. Der Rheumatologe Dr. R1 konnte bei einer Untersuchung 2013 keine entzÃ¼ndlich-rheumatische Erkrankung feststellen und sah die chronische SchmerzstÃ¶rung als Manifestation der seelisch-psychischen Belastung und Suchterkrankung des KlÃ¤gers. Empfohlen wurde durch die Praxis im Jahr 2017 die Anbindung an einen Schmerztherapeuten, ggf. auch Psychotherapeuten.

Die Beklagte teilte dem Kläger am 24.01.2018 mit, sie habe den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet. Sobald die Stellungnahme vorliege, werde eine abschließende Rückmeldung erteilt. Am 05.03.2018 meldete sich der Kläger bei der Beklagten und bat wegen einer zwischenzeitlich eingetretenen Genehmigungsfiktion um eine Rückmeldung, damit die Therapie begonnen werden könne.

Der MDK erstellte am 06.03.2018 ein sozialmedizinisches Gutachten, wonach der Kläger zwar an mehreren schwerwiegenden Erkrankungen leide, jedoch weitere Therapiealternativen zur Verfügung ständen. Die aktuelle Behandlung der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht nachvollzogen werden. Es müsse davon ausgegangen werden, dass hierfür medikamentuse und psychotherapeutische Therapien zur Verfügung ständen. Auch hinsichtlich der Schmerz Erkrankung gebe es Therapieoptionen, wie die Einbeziehung eines Schmerztherapeuten oder die Umstellung der Medikation. Es sei auch nicht plausibel begründet worden, dass mit der beantragten Therapie eine Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder schwerwiegende Symptome bestehe. Es gäbe vielmehr auch Risiken, so die Suchterkrankung in der Vorgeschichte und psychiatrische Erkrankungen mit unklarer Therapieanbindung.

In der Folge wies der Kläger mehrmals auf die seiner Meinung nach eingetretenen Genehmigungsfiktion hin und teilte am 20.03.2018 mit, er habe sich in Absprache mit einem Arzt und Apotheker ein Privatrezept ausstellen lassen. Hierfür bitte er um Erstattung. Beigefügt war ein Privatrezept des Dr. D1 vom 14.03.2018 über Cannabisblüten mit einer Apothekenrechnung über den Betrag von 294,00 Euro.

Mit Bescheid vom 27.03.2018 lehnte die Beklagte den Antrag auf Versorgung mit Cannabis nach [ 31 Abs. 6 SGB V](#) ab. Der Antrag sei erst mit Vorlage der Verordnung wirksam geworden (vgl. Beschluss des BayLSG vom 14.09.2017, L 20 KR 436/14 B ER). Es bestehe kein Anspruch auf eine Versorgung mit Cannabis oder einem cannabishaltigen Arzneimittel nach [ 31 Abs. 6 SGB V](#), da die Möglichkeiten der Therapie nicht ausgeschlpt seien und nicht plausibel begründet worden sei, dass eine Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder die schwerwiegenden Symptome bestehe. Mit weiterem Bescheid vom 27.03.2018 lehnte die Beklagte auch den Antrag vom 20.03.2018 auf Erstattung der Kosten nach [ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) ab. Erst mit Vorlage der Verordnung vom 20.03.2018 sei eine Frist in Gang gesetzt worden, die am 24.04.2018 ablaufen werde. Es werde darauf hingewiesen, dass eine vertragsärztliche Verordnung auf einem Betubungsmittelrezept erforderlich sei. Auf Widerspruch des Klägers erließ die Beklagte am 06.06.2018 den Widerspruchsbescheid.

In der Folge übersandte der Kläger weitere Privatrezepte für medizinische Cannabisblüten, auf die die Beklagte mit einem Verweis auf den Widerspruchsbescheid vom 06.06.2018 reagierte.

Im Klageverfahren am Sozialgericht München (SG) hat die Beklagte ein weiteres sozialmedizinisches Gutachten vom 08.08.2018 vorgelegt. Danach stelle der Suchtmittelkonsum eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie zur Symptombehandlung der schwerwiegenden Erkrankung dar. Es ständen etablierte medikamentöse und nicht medikamentöse Maßnahmen zur Verfügung wie eine ambulante Psychotherapie bzw. stationäre Intervalltherapie. Eine entsprechende Behandlung gehe aus den Unterlagen nicht hervor, ebenso wenig wie eine fachärztlich psychiatrische Mitbehandlung. Letztlich werde der Suchtmittelkonsum nicht ursächlich behandelt und die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung unterstützt.

Auf die mündliche Verhandlung vom 02.04.2019 hat das SG die Bescheide vom 27.03.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.06.2018 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, den Kläger nach vertragsärztlicher Verordnung mit getrockneten Medizinal-Cannabisblüten zur Inhalation zu versorgen und ihm die nach Eintritt der Genehmigungsfiktion entstandenen Kosten für die von Dr. D1 verordneten Medizinal-Cannabisblüten in Höhe von 699,64 Euro zu erstatten.

Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass der Kläger aufgrund eingetretener Genehmigungsfiktion sowohl Anspruch auf Erstattung der bereits entstandenen Kosten als auch auf künftige Versorgung habe. Der vom Kläger am 23.01.2018 gestellte Antrag sei hinreichend bestimmt gewesen, weil es einer Verordnung zu diesem Zeitpunkt noch nicht bedurft habe. Der Kläger habe die Leistung auch für erforderlich halten dürfen. Für einen Rechtsmissbrauch gebe es keine Anhaltspunkte. Die fingierte Genehmigung sei auch nicht konkludent durch die von der Beklagten erlassenen Bescheide vom 27.03.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides aufgehoben worden. Weder regelten die Bescheide inhaltlich eine Rücknahme noch enthielten sie eine Ermessensausübung. Der Kläger habe demnach Anspruch auf Erstattung der Kosten in Höhe von insgesamt 699,64 Euro und einen Naturalleistungsanspruch bei Vorlage entsprechender vertragsärztlicher Verordnungen.

Mit ihrer Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht (BayLSG) hat die Beklagte auf die Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Betäubungsmittelverordnung bereits bei Antragstellung verwiesen. Es müsse bereits eine Konkretisierung des zu verabreichenden Produkts durch den Vertragsarzt erfolgen, was im Umkehrschluss bedeute, dass bei jeder Erstverordnung eines neuen Präparates nach [§ 31 Abs. 6 SGB V](#) eine Genehmigung der Krankenkasse erforderlich sei. Die Regelung umfasse nämlich nicht nur Cannabisblüten, sondern u.a. Extrakte, Dronabinol, Sativex, Marinol, Nabilon. Bei jeder qualitativen Veränderung der Verordnungen, also etwa bei einem Wechsel von Dronabinol auf Blüten, sei nach der Änderung durch das GSAV (Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung) eine Genehmigung erforderlich. Anders wäre die letzte gesetzliche Änderung zu [§ 31 Abs. 6 SGB V](#) nicht zu erklären. Abgewichen werden könne auch nicht von der Notwendigkeit eines Betäubungsmittelrezeptes. Die aktuelle Version der Betäubungsmittelverordnung (BtMVV) verlange nur noch, dass das Rezept bei der Vorlage in der Apotheke nicht älter als sieben Tage sein dürfe. Wenn die Krankenkasse das betreffende Rezept

in Kopie erhalte, um darüber zu entscheiden, dann sei auch die Einhaltung der Fristen der BtMVV trotz eines Genehmigungsverfahrens möglich. Hieraus folge, dass auch im Hinblick auf [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) so lange kein hinreichend bestimmter Antrag auf eine Leistung gestellt worden sei, als eine entsprechende Verordnung nicht vorgelegt werde. Dies sei hier erst am 20.03.2018 erfolgt.

Im Äbrigen erÄlle der KlÄger nicht die Leistungsvoraussetzungen des [Â§ 31 Abs. 6 SGB V](#). Er sei bei weitem nicht austherapiert, da eine Psychotherapie in den letzten Jahren nicht durchgefÄhrt worden und eine Medikation nur fÄr ca. 15 Monate erfolgt sei. Nach der GesetzesbegrÄndung solle das Entstehen oder Erhalten einer BetÄbungsmittelabhÄngigkeit, die hier zweifellos bestehe, mÄglichst ausgeschlossen werden ([Bundestagsdrucks. 18/8965 S. 15](#)).

Auf den Hinweis zur geÄnderten Rechtsprechung des BSG zur Reichweite der Genehmigungsfiktion (Urteil vom 26.05.2020 [B 1 KR 9/18 R](#)) hat der Vertreter des KlÄgers dargelegt, dieser Rechtsprechung sei nicht zu folgen, weil sie gegen das WillkÄrverbot verstoÄe. Vom KlÄger sind weitere (regulÄre) Privatrezepte und Apothekenrechnungen Äber CannabisblÄten fÄr den Zeitraum 19.03.2018 bis 24.11.2021 in HÄhe von insgesamt 3.656,12 Euro vorgelegt worden. Den Antrag der Beklagten, die Vollstreckung nach [Â§ 199 Abs. 2 SGG](#) auszusetzen, hat der Senat mit Beschluss vom 12.02.2021 bei Sicherheitsleistung durch den KlÄger in HÄhe von 4.000,00 Euro abgelehnt.

In der mÄndlichen Verhandlung vom 03.03.2022 hat die Vertreterin der Beklagten ausgefÄhrt, in der Zeit von April 2019 bis Februar 2021 habe die Beklagte Cannabis als Sachleistung bzw. im Wege der Kostenerstattung in HÄhe von ca. 15.000 Euro geleistet. Da eine Sicherheitsleistung durch den KlÄger nicht erfolgt sei, habe die Beklagte danach nicht mehr geleistet. Erstattet worden seien auch die im Klageverfahren geltend gemachten Kosten in HÄhe von 699,64 Euro. In Bezug auf eine mÄgliche RÄckforderung werde zu berÄcksichtigen sein, dass sich der KlÄger wohl auf die damalige Rechtsprechung zur Genehmigungsfiktion habe verlassen kÄnnen und er gegenwÄrtig eine Erwerbsminderungsrente und SGB XII-Leistungen beziehe. Der KlÄger hat angegeben, er habe vor dem Cannabisbezug in erheblichem Umfang Ibuprofen genommen. Aus gesundheitlichen GrÄnden sei eine Umstellung der Medikation erforderlich gewesen. Man habe sich dann bei der Beklagten erkundigt, wie ein Antrag auf Cannabis zu stellen sei; genauso sei man vorgegangen. Die Beklagtenvertreterin hat eine Falschberatung bestritten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts MÄnchen aufzuheben und die Klage gegen die Bescheide vom 27.03.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.06.2018 aufzuheben.

Der KlÄger beantragt,

die Berufung zurÄckzuweisen.

Genehmigungsverfahren beinhaltet mit der Folge, dass ein fiktionsfähiger Antrag nur dann gegeben ist, wenn Cannabis nicht nur auf einem privatärztlichen Rezept, sondern vertragsärztlich verordnet wird (vgl. auch Beschluss des 5. Senats des BayLSG vom 23. Mai 2018 – [L 5 KR 190/18 B ER](#) –, zur vertragsärztlichen Betäubungsmittelverordnung: Beschluss des LSG Baden-Württemberg v. 19.09.2017 – [L 11 KR 3414/17 ER](#), Pitz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., [Â§ 31 SGB V](#) Rnr. 127). Dies ergibt sich sowohl aus Wortlaut und systematischem Zusammenhang sowie aus Sinn und Zweck der Regelung.

Die Norm des [Â§ 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) bestimmt, dass die Leistung bei der ersten Verordnung der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse bedarf, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. Der Wortlaut ist in Bezug auf die zeitliche Reihenfolge von Verordnung und Genehmigung nicht eindeutig; es kann ihm aber entnommen werden, dass Verordnung und Genehmigung bei der Leistung, also bei der Beschaffung, vorzulegen sind. Systematisch spricht für eine vertragsärztliche Verordnung vor der Genehmigung jedenfalls die Neuregelung in Satz 4 des [Â§ 31 Abs. 6 SGB V](#) (idF des Gesetzes vom 09.08.2019, [BGBl. I 1202](#)), wonach Leistungen auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung bei einer Anpassung der Dosierung bzw. bei einem Wechsel der getrockneten Blätter nicht (mehr) einer erneuten Genehmigung bedürfen. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass weiterhin eine Genehmigung etwa beim Wechsel von getrockneten Blättern auf ein Cannabisextrakt erforderlich ist. Indem der Gesetzgeber bei der Neuregelung des Genehmigungsverfahrens herausgestellt hat, dass es sich um Leistungen auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung handeln muss, weist er aus Sicht des Senats darauf hin, dass schon zur Genehmigung eine vertragsärztliche Verordnung vorliegen muss. Wenn aber schon im Zusammenhang mit dem Wechsel von Cannabisprodukten geregelt wurde, dass eine vertragsärztliche Verordnung im Genehmigungsverfahren vorhanden sein muss, dann kann erst Recht davon ausgegangen werden, dass auch im Genehmigungsverfahren nach [Â§ 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich ist.

Für die Notwendigkeit der Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung bereits bei Antragstellung oder zumindest bis zum Abschluss des Genehmigungsverfahrens sprechen aber vor allem auch Sinn und Zweck der Norm. Der Gesetzgeber hat dem Genehmigungsverfahren im Rahmen der Versorgung der Versicherten mit Cannabisprodukten eine zentrale Rolle zugewiesen. Abweichend von der Systematik des Arzneimittelrechts, wie es in [Â§ 31 Abs. 1 bis 5 SGB V](#) und der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) geregelt ist (Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung – AM-RL), wurde trotz oder gerade wegen der gewollten weitreichenden Behandlungspraxis des Vertragsarztes (vgl. [Â§ 31 Abs. 6](#) Zif. 1b SGB V) für die Versorgung mit Cannabispräparaten ein Genehmigungsverfahren durch die Krankenkasse für erforderlich erachtet. Der Gesetzgeber hat das Erfordernis einer Genehmigung bereits im Primärrecht geregelt und nicht etwa nach [Â§ 92 Abs. 1](#) Zif. 6 SGB V die weitere Ausgestaltung dem GBA überlassen, so wie dies etwa bei der Genehmigung von Leistungen nach [Â§ 6 Abs. 2](#) der Hausliche Krankenpflege (HKP) -Richtlinie oder von

Krankentransportleistungen nach [Â§ 9](#) den Krankentransport-Richtlinien der Fall ist. Vor diesem Hintergrund wĂ¤re es aber nicht verstĂ¤ndlich, wenn gerade bei der Versorgung der Versicherten mit BetĂ¤ubungsmitteln auf die Vorlage einer vertragsĂ¤rztlichen Verordnung zur Genehmigung verzichtet worden wĂ¤re. Denn nur mit einer solchen Verordnung dokumentiert der Vertragsarzt, dass er Verantwortung fĂ¼r die beantragte Behandlung im System der GKV Ă¼bernimmt. Mit der Ausstellung eines Privatrezepts Ă¼berantwortet der Arzt dagegen diese Verantwortung, die ihm [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1](#) Zif. 1b SGB V ausdrĂ¼cklich zuweist, dem Versicherten.

Der Senat erachtet das Fehlen der vertragsĂ¤rztlichen Verordnung im Antragsverfahren fĂ¼r derart gravierend, dass es auch den Eintritt der Genehmigungsfiktion des [Â§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) und damit einen Kostenerstattungsanspruch des KIĂ¤gers nach Satz 7 der Vorschrift ausschlieĂt. Dies gilt trotz des Umstands, dass die Frage, ob ein vertragsĂ¤rztliches BetĂ¤ubungsmittelrezept bereits im Genehmigungsverfahren vorhanden sein muss, umstritten ist und einer obergerichtlichen KIĂ¤rung oder Klarstellung durch den Gesetzgeber bedarf. FĂ¼r ein Beratungsverschulden der Beklagten liegen ausreichende Hinweise im Ăbrigen nicht vor.

Da danach bereits die formalen Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion des [Â§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) nicht gegeben sind, kommt auch ein hierauf darauf gestĂ¼tzter Sachleistungsanspruch, wie er vom KIĂ¤gerbevollmĂ¤chtigten weiter vertreten wird, nicht in Betracht. In Anbetracht der von der KIĂ¤gerseite geĂ¤uĂerten Kritik zur neueren Rechtsprechung des BSG weist der Senat darauf hin, dass er ausdrĂ¼cklich der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 25.03.2021 â [B 1 KR 22/20 R](#)) folgt, wonach sich die Reichweite der Genehmigungsfiktion in einem Kostenerstattungsanspruch erschĂ¶pft und einen Anspruch auf Sachleistung nicht miteinschlieĂt. Verfassungsrechtliche Bedenken bestehen nicht, da auch der Kostenerstattungsanspruch nach der Vorschrift des [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) unbestritten keine Sachleistung umfasst und ein VerstoĂ gegen den Gleichheitsgrundsatz und das WillkĂ¼rverbot nicht erkennbar ist.

2.
Dem KIĂ¤ger steht auch kein anderer Anspruch auf Erstattung aufgewendeter Kosten zur Seite. Da der KIĂ¤ger nicht das Verfahren der Kostenerstattung nach [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gewĂ¤hlt hat, kommt allein noch ein Anspruch nach [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Danach hat die Krankenkasse die Kosten fĂ¼r selbstbeschaffte Leistungen in der HĂ¶he zu erstatten, die dadurch entstanden sind, dass sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Alt. 1) oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt worden ist (Alt. 2).

Vorliegend gibt es keinen Anhaltspunkt dafĂ¼r, dass die Versorgung mit CannabisblĂ¼ten nach der ersten Alternative des [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) unaufschiebbar war. Unaufschiebbarkeit im Sinne dieser Vorschrift verlangt, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsĂ¤chlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine MĂ¶glichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der

Krankenkasse abzuwarten. Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder zum Beispiel wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist. Unaufschiebbar kann dabei auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn der Versicherte mit der Ausföhrung 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 benötigte Behandlung erhalten wird (vgl. Urteil des BSG vom 08.09.2015 – B 1 KR 14/14 R). Hier sind die vom Kläger am 14.03.2018 aufgewendeten Kosten in Höhe von 294,00 Euro noch vor Erlass des Bescheids der Beklagten vom 27.03.2018 entstanden. Es gibt allerdings keine Anhaltspunkte dafür, dass dem Kläger ein weiteres Zuwarten aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar war.

Die Beklagte hat die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt ([Â§ 13 Abs. 3 Satz 2 Alt. 2 SGB V](#)). Der Kostenerstattungsanspruch nach [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch.

Wie oben dargelegt, steht einem Naturalleistungsanspruch im hier streitigen Genehmigungsverfahren schon entgegen, dass keine vertragsärztlichen (Betäubungsmittel)-Verordnungen vorgelegt worden sind und damit die formalen Voraussetzungen des [Â§ 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) nicht erfüllt sind. Da solche Verordnungen auch zu einem späteren Zeitpunkt nicht ausgestellt worden sind, muss der Senat hier nicht entscheiden, bis wann Versicherte die Vertragsverordnungen vorlegen müssen und ob dies ggfs. noch im gerichtlichen Verfahren möglich ist.

Unabhängig hiervon sind auch die weiteren Voraussetzungen des [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1](#) Zif. 1a SGB V nicht erfüllt. Mit dem MDK kann zwar davon ausgegangen werden, dass jedenfalls in Gestalt der posttraumatischen Belastungsstörung und ggfs. auch der Schmerzerkrankung eine schwerwiegende Erkrankung im Sinn der Vorschrift gegeben ist. Allerdings stehen nach den überzeugenden Feststellungen des MDK für die Behandlung der Erkrankungen allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechenden Leistungen in Form von weiteren medikamentösen, psychotherapeutischen und schmerztherapeutischen Therapien zur Verfügung. Nicht nachzuvollziehen ist daher, dass aus Sicht des behandelnden Arztes der Leistungskatalog nach Verordnung von manueller Therapie, Osteopathie, Ernährungsumstellung und Gymnastik ausgeschöpft war.

Schon aus diesem Grund genügt der von Dr. D1 ausgefüllte Antragsbogen nicht den Erfordernissen des [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1](#) Zif. 1b SGB V. Danach haben Versicherte trotz Bestehens einer allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden Therapie Anspruch auf die beantragte Cannabisversorgung, wenn im Einzelfall mit einer begründeten Einschätzung des Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Klägers dargelegt wird, dass diese Therapie nicht zur Anwendung kommen kann. Hier erfolgte keine Auseinandersetzung des Arztes mit

anderen medikamentösen oder therapeutischen Optionen, wie zum Beispiel einer speziellen Schmerztherapie. Hinzu kommt, dass der Bogen nicht vollständig ausgefüllt wurde, weil auch die Frage zu anderen Erkrankungen, etwa einer früher diagnostizierten COPD, nicht beantwortet wurde. Auch eine Abwägung von Chancen und Risiken der Behandlung ist nicht erkennbar. Hierzu genügt jedenfalls nicht die Übersendung von Befunden und Behandlungsberichten, über deren Vollständigkeit keine Klarheit besteht.

3.
Aus den oben dargelegten Gründen kann der Kläger auch keinen Sachleistungsanspruch nach [Â§ 27 Abs. 1 Zif. 3](#), [Â§ 31 Abs. 6 SGB V](#) für eine zukünftige Versorgung geltend machen.

Die Berufung der Beklagten hat daher in vollem Umfang Erfolg.

Die Kostentscheidung folgt aus [Â§ 193 SGG](#).

Die Revision war wegen der grundsätzlichen Bedeutung zuzulassen ([Â§ 160 Abs. 2 Zif. 1 SGG](#)).

Â

Erstellt am: 29.09.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024