

---

## S 11 KR 548/17

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Gießen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 KR 548/17
Datum	23.09.2020

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 429/20
Datum	17.03.2022

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 23. September 2020 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander auch im Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

â

Tatbestand

Der Kläger beehrt von der Beklagten die Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten.

Der 1951 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Am 17.02.2017 informierte er sich telefonisch bei der Beklagten bezüglich des Gesetzesentwurfs zu Cannabis (gemeint ist Art. 4 des späteren Gesetzes zur Änderung betäubungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 06.03.2017, [BGBl I 2017, 403](#), 404). Auf die Mitteilung, dass die Beklagte hierzu noch keine Auskünfte

---

geben können, erklärte der Kläger, dass er sich gegebenenfalls später noch einmal melden werde.

Am 13.03.2017 beantragte der Kläger bei der Beklagten telefonisch die Kostenübernahme der Medikamententherapie mit Cannabisblüten. In diesem Telefonat teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) nötig sei und daher ein Arztfragebogen für den behandelnden Arzt zugesandt werde. Mit Schreiben vom gleichen Tag bat die Beklagte, aufgrund ihrer Bindung an vorgegebene Fristen, den Kläger, dass er den Fragebogen seinem Arzt spätestens nach drei Tagen übermittle. Mit Schreiben vom 28.03.2017 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass mangels Vorlage der angeforderten Unterlagen der Antrag nicht innerhalb der gesetzlichen Fristen abschließend bearbeitet werden könne. Er solle die angeforderten Unterlagen direkt an den MDK schicken. Die Entscheidung über den Antrag erhalte er innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der Unterlagen beim MDK. Am 30.03.2017 teilte der Kläger telefonisch mit, dass er im Hinblick auf seine Alkoholkrankung schon 15 Jahre Selbsttherapie mit Cannabis mache. Er finde keinen Arzt für die von der Beklagten geforderten Unterlagen. Dr. B. (sein bisheriger Arzt) sei schon abgesprungen. Die Beklagte erklärte ihm, dass sie aktuelle ärztliche Unterlagen benötige.

Mit Schreiben vom 04.04.2017 erklärte der Kläger gegenüber dem MDK, dass er Alkoholiker sei. Abgesehen von einem oder zwei Rückfällen sei er seit ca. 15 Jahren abstinent. Seinen Drang zum Alkoholkonsum habe er in den letzten Jahren in Eigentherapie mit Cannabis kompensiert. Im September 2016 sei sein Eigenanbau von der Polizei beschlagnahmt worden. Seitdem leide er vermehrt unter Stimmungswechseln (von aggressiver Hyperaktivität bis zu tiefer Niedergeschlagenheit) und schlechtem Schlaf. Zudem verspüre er einen vermehrten Drang nach Alkohol. Er müsse erhebliche Energie aufwenden, um nicht rückfällig zu werden. Seine Lebensqualität sei dadurch erheblich gemindert. Seinem Schreiben fügte der Kläger einen selbst ausgefüllten Arztfragebogen bei. Darin gab er unter anderem an, dass ihm Cannabis-Blüten verordnet werden sollen, wobei die optimale Darreichungsform und die Dosierung im Laufe der Therapie ermittelt werden müsse, da hierzu bisher keine Angaben möglich seien. Ferner übersandte der Kläger dem MDK eine ärztliche Bescheinigung des Allgemeinmediziners Dr. C. vom 10.04.2017. Dieser bescheinigte, dass dem Kläger, der sich neu in seiner ärztlichen Behandlung befinde, der Selbstanbau von Cannabis nicht mehr möglich sei und daher die Genehmigung einer Cannabisversorgung beantragt werde. Zudem reichte der Kläger eine Bescheinigung von Dr. D. vom Suchtzentrum E-Stadt vom 01.12.2010 ein, der bestätigte, dass Tetrahydrocannabinol (THC) aus fachlicher Sicht in Einzelfällen durchaus geeignet sei, das alkoholtypische Craving beherrschbar zu machen. THC könne über das Medikament Dronabinol oral verabreicht werden. In dem darüber hinaus vorgelegten Gutachten nach Aktenlage vom 04.10.2010, das allerdings allein auf Basis von Telefon- und E-Mail-Kontakt zwischen Gutachter und Kläger erstellt wurde, berichtete Dr. F. von positiven Studien über Cannabiskonsum bei der Alkoholkrankheit. Der Kläger habe ihm gegenüber angegeben, dass er seit seinem 19. Lebensjahr täglich

---

Alkohol konsumiert und seit 1996 eine Vielzahl von Versuchen des Alkoholentzugs unternommen habe, zum Teil allein, zum Teil unter Inanspruchnahme offizieller Hilfsangebote für Alkohol Kranke, wie Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten. Im Jahr 2002 habe er eine stationäre Entgiftung durchführen lassen. Eher zufällig habe er dann die Erfahrung gemacht, dass Cannabis ihm dabei helfe abstinent zu bleiben. Mit Hilfe des selbstangebauten Cannabis sei es ihm gelungen abstinent zu bleiben und ein stabiles Leben zu führen. Je nach Lebenssituation brauche er Cannabis nicht regelmäßig einzunehmen. Cannabis besitze so der Kläger jedoch die wichtige Eigenschaft, den âSaufdruckâ in kritischen Situationen innerhalb weniger Minuten zum Verschwinden zu bringen. Die legalen Medikamente würden erst nach längerer Einnahmezeit wirken, ihre Wirksamkeit sei nicht sicher und sie besäßen ein Abhängigkeitspotenzial. Im Jahr 2008 sei das Cannabis des Klägers beschlagnahmt worden. Er sei wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz verurteilt worden. Es sei bereits einmal ein Rückfall in den Alkoholkonsum aufgetreten. Dr. F. führte aus, dass diese Angaben des Klägers zu den an sich selbst beobachteten therapeutischen Effekten von Cannabis auf der Basis der wissenschaftlichen Datenlage nachvollziehbar seien. In dem vorgelegten Befundbericht vom 30.11.2010 führte der Allgemeinmediziner G. aus, dass der Kläger ein Alkoholproblem angegeben habe, welches in den letzten Jahren kompensiert gewesen sei. Er habe über ein fibromyalgisches Beschwerdebild und über Tinnitus geklagt. Unter THC würden seine Beschwerden sich bessern. Eine Blutuntersuchung am 14. April 2010 habe einen altersentsprechenden Befund ergeben. Nach den Angaben des Klägers habe dieser im Mai 2010 einen Rückfall mit Apfelwein gehabt. Die versuchsweise Gabe von Amitriptylin 10 mg sei von dem Kläger aufgrund von Nebenwirkungen nicht toleriert worden. Der Kläger habe ihm gegenüber von der früheren Einnahme verschiedener Psychopharmaka berichtet, welche ihn nie deutlich vom Alkohol haben distanzieren lassen.

Die Beklagte holte daraufhin eine Stellungnahme des MDK ein. Dieser verneinte in seiner Stellungnahme vom 13.04.2017 das Vorliegen der Voraussetzungen für die beantragte Versorgung. Insbesondere könne aufgrund der vorgelegten Unterlagen nicht mit der wünschenswerten Klarheit bestätigt werden, dass eine schwerwiegende Erkrankung vorliege, wegen der Dronabinol eingesetzt werden solle. Ferner wurde darauf verwiesen, dass eine Verordnung bisher nicht ausgestellt worden sei und die Voraussetzungen gemäß [Â§ 31 Abs. 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) nicht vorlägen.

Mit Bescheid vom 18.04.2017 lehnte die Beklagte die beantragte Versorgung unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des MDK ab. Cannabisprodukte könnten nur in besonderen Ausnahmefällen mit Kassenrezept verordnet werden. Aufgrund der Gesetzesänderung sei dies für schwerstkranke Patienten möglich, wenn durch die Behandlung eine Verbesserung der Symptome oder des Krankheitsverlaufs zu erwarten sei und keine andere vertragliche Therapie zur Anwendung kommen könne. Diese Voraussetzungen lägen beim Kläger nicht vor.

Hiergegen erhob der Kläger unter dem Datum des 24.04.2017 Widerspruch. Er gab

---

an, ohne Cannabis befinde er sich in einer permanenten Notsituation, weil er nichts habe, womit er einen möglichen Kontrollverlust mit Blick auf seine Alkoholkrankheit stoppen könne. Dem Widerspruch fügte er eine Stellungnahme von Dr. C. vom 24.04.2017 bei, der darauf hinwies, dass bei einer Alkoholkrankheit eine schwerwiegende Erkrankung mit Anspruch auf Versorgung mit Cannabis vorliege. Der Kläger habe seine Alkoholkrankheit bislang mit Cannabis erfolgreich behandelt und weitere Rückfälle vermeiden können. Nunmehr drohe ein Rückfall. Es bestehe somit eine spärbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

In einer weiteren Stellungnahme vom 11.05.2017 kam der MDK, nun unter Berücksichtigung der neuen Unterlagen, zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass doch eine schwerwiegende Erkrankung vorliege, weshalb eine Therapie notwendig sei. Entzugserscheinungen seien als kurzfristig auf Absetzen oder Dosisreduktion eines längerfristigen Alkoholkonsums auftretende Symptome von Rückfällen als erneuter Alkoholkonsum nach einer Phase der Abstinenz zu unterscheiden. Dem Kläger dürfe eine suffiziente Therapie mit entsprechend begleitender Verlaufskontrolle bzw. mit Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe nicht vorenthalten werden. Anhand der ermittelten Unterlagen seien die aktuelle Therapie und der aktuelle Verlauf nicht nachvollziehbar. Zudem sei eine fundierte Risikoabwägung der Anwendung von Cannabis unter Berücksichtigung der im Fall des Klägers vorliegenden Konstellation nicht ermittelbar. Die Ausführungen, dass der Kläger sich über Jahre selbst mit Cannabis erfolgreich behandelt habe und dadurch weitere Rückfälle habe vermeiden können, sei hierzu jedenfalls nicht hinreichend.

Am 18.05.2017 beantragte der Kläger bei dem Sozialgericht Gießen einstweiligen Rechtsschutz (Az. [S 15 KR 263/17 ER](#)). Er trug vor, vor dem Beginn seiner Eigentherapie habe er verschiedene Therapieversuche unternommen, u. a. in Form von Psychotherapie und durch Medikamenteneinnahme (Zoloft). Im Jahr 2002 habe er eine Entgiftung in der Klinik in E-Stadt durchgeführt. Da dies schon lange her sei, habe er hierzu jedoch kaum Nachweise. Cannabisblüten benötige er nicht dauerhaft, sondern nur bei aufkommendem Drang, Alkohol zu konsumieren. Dronabinol sei dann in seiner Wirkung zu langsam.

Aus den vom Kläger im Rahmen des Eilverfahrens vorgelegten medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie den vom Gericht eingeholten Befundberichten ergibt sich, dass der Kläger aufgrund Beschlusses des Amtsgerichts Gießen vom 22.05.1996 vorläufig im Psychiatrischen Krankenhaus in E-Stadt untergebracht war. Aus dem Beschluss geht hervor, dass dem Kläger seinerzeit eine organische Psychose nach Alkoholentzug mit deliranter Symptomatik bescheinigt worden ist. Der Kläger war weiterhin von Januar 2003 bis Februar 2010 Mitglied einer angeleiteten Abstinenzgruppe (Bescheinigung des Landkreises Gießen vom 24.06.2010). Der Leiter der Abstinenzgruppe äußert in der Bescheinigung, dass der Kläger in dieser Zeit nicht rückfällig geworden sei. In den Jahren 2009 und 2010 war der Kläger dreimal bei Dr. H. (Facharzt für Psychiatrie) in Behandlung. Dieser stellte die folgenden Diagnosen: Abhängigkeitssyndrom bei Alkoholgebrauch, zurzeit abstinent; Abhängigkeitssyndrom bei Gebrauch von

---

Cannabinoiden; rezidivierende depressive Störung. Der Kläger konsumiere Cannabis gegen den Alkohol-Suchtdruck. Ein Therapieversuch mit Citalopram sei mit Nebenwirkungen verbunden gewesen und daher nicht fortgesetzt worden. Der Empfehlung einer stationären Behandlung seiner Suchterkrankung habe der Kläger nicht nachkommen können. Auf Anfrage des Sozialgerichts gab Herr Dr. H. unter dem 11.07.2017 an, dass der Kläger als Beschwerden geäußert habe: „Depressive Verstimmungen/Herbsttief. Suchtdruck, gegen den er Cannabis konsumiere.“ Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei nicht zustande gekommen. (Fachärztliche Bescheinigung vom 03.09.2010 und Befundbericht vom 11.07.2017). Von April 2010 bis März 2012 war der Kläger bei dem Allgemeinmediziner Herrn G. in Behandlung. Zudem hat am 21.03.2017 ein einmaliger Kontakt stattgefunden. Herr G. berichtete von dem oben beschriebenen Therapieversuch mit Amitriptylin im Jahr 2010 sowie einer durch das Suchthilfe Zentrum E-Stadt eingeleiteten Therapie mit Sativex. 2010 habe er eine Entgiftungstherapie mit anschließender Langzeittherapie angeboten (Befundbericht vom 29.06.2017).“

Ab April 2017 war der Kläger bei dem Allgemeinmediziner Dr. C. in Behandlung. Dieser teilte mit, bei dem Kläger liege eine Alkoholkrankheit vor, welche bekanntlich ein Leben lang bestehe. Die Erkrankung sei schwerwiegend. Der Kläger habe sich seinerzeit bewusst gegen eine stationäre Entzugsbehandlung entschieden. Dies sei aus ärztlicher Sicht durchaus nachvollziehbar, da die Rückfallquote bekanntlich enorm sei. Er habe seine Alkoholsucht über Jahre mit Cannabisprodukten gut kompensiert. Die medizinische Indikation für eine Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung liege vor. Es gäbe keinen medizinischen Grund, die jahrelang problemlos durchgeführte erfolgreiche Substitution einer Alkoholkrankheit mit Cannabinoiden jetzt zu unterbinden. Alternativen stünden nicht zur Verfügung. Der Kläger verwende Cannabinoide nur bei akuten Entzugssymptomen/akuter Rückfallgefahr, weshalb er auf eine schnelle Wirksamkeit angewiesen sei. Dies sei bei Dronabinol oder Nabilon nicht gegeben. Es seien spürbar positive Einwirkungen auf den Krankheitsverlauf zu erwarten. Es gäbe keinen medizinischen Grund, die jahrelang problemlos durchgeführte erfolgreiche Substitution jetzt zu unterbinden. Aufgrund der nun fehlenden Therapie habe der Kläger berichtet, es komme zu Schlafstörungen, Angstzuständen und ein Gewichtsverlust von 10 kg sei eingetreten. Der Zustand ohne Cannabis verschlechtere sich zunehmend, ein Rückfall sei nicht auszuschließen. Kontraindikationen bestünden nicht (Stellungnahme vom 14.06.2017, Befundberichte vom 30.06.2017 und 06.07.2017). Am 28.07.2017 stellt Herr Dr. C. eine Verordnung für Cannabisblüten Bedrocan in näher bezeichneter Zusammensetzung und Dosierung aus mit dem Zusatz „nach Genehmigung der Kasse“.

Der MDK gelangte in seiner weiteren Stellungnahme vom 02.08.2017 zu dem Ergebnis, dass nicht nachvollziehbar sei, dass allgemein bzw. im speziellen Einzelfall Behandlungsalternativen nicht stünden. Zudem fehle eine fundierte Risikoabwägung. Insbesondere schwere Abhängigkeitserkrankungen seien nach den Regeln der ärztlichen Kunst adäquat (Entgiftung, Entwöhnung) zu

---

behandeln. Aus medizinischer Sicht sei bei Cannabisabhängigkeit das Behandlungsziel Abstinenz anzustreben. Â

Mit Beschluss vom 10.08.2017 verpflichtete das Sozialgericht im Wege der einstweiligen Anordnung die Antragsgegnerin, den KlÃ¤ger bis zu einer rechtskrÃ¤ftigen Entscheidung in der Hauptsache mit Medizinal-CannabisblÃ¤tten der Sorte Bedrocan in der maximalen Monatsdosis von 10 g, der Sorte Pedanios 8/8 in der maximalen Monatsdosis von 10 g und der Sorte Pedanios 22/1 in der maximalen Monatsdosis von 10 g zu versorgen.Â

Auf die Beschwerde der Beklagte hin hob das Landessozialgericht den Beschluss des Sozialgerichts am 09.10.2017 auf und lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.Â

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.10.2017 wies die Beklagte den Widerspruch des KlÃ¤gers schlieÃlich zurÃ¼ck. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte sie aus, mit einer Therapie zur Entgiftung und EntwÃ¶hnung des Alkohols sei eine vertragliche Alternative vorhanden. GrÃ¼nde, warum diese Therapie nicht mÃ¶glich sei, seien nicht vorgetragen worden. Zudem fehle eine fundierte RisikoabwÃ¤gung.

Der KlÃ¤ger hat am 13.11.2017 Klage gegen den Bescheid vom 18.04.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.10.2017 erhoben. Zur BegrÃ¼ndung hat er, wie schon im Eilverfahren, sinngemÃ¤Ã ausgefÃ¼hrt, dass er die gesetzlichen Voraussetzungen als gegeben ansieht, dass das Risiko der Alkoholsucht das einer Cannabissucht weit Ã¼berwiegt und dass er die MedizinalblÃ¤tten benÃ¶tige, um alkoholabstinent zu bleiben. Keine dem medizinischen Standard entsprechende Leistung vermÃ¶ge eine entsprechend schnelle Wirkung gegen den Alkoholdrang zu entwickeln wie Cannabis. Die Therapie sei auch wirtschaftlich. Er habe vor 15 Jahren alle ihm bekannten Methoden der Standardmedizin versucht, ohne Erfolg zu haben. Weitere Arztbesuche, als die im Zuge des Eilverfahrens bekannt gewordenen, hÃ¤tten wegen Aussichtslosigkeit nicht stattgefunden. Mit Schriftsatz vom 26.05.2020 hat er noch mitgeteilt, er habe seit 2017 von Arztbesuchen abgesehen. Â In der mÃ¼ndlichen Verhandlung hat der KlÃ¤ger angegeben, eine Langzeittherapie habe er bisher nicht durchgefÃ¼hrt, eine solche kÃ¶nne fÃ¼r ihn nicht in Betracht. AuÃer VerschleiÃerkrankungen habe er (Ã¼ber die hier alkoholbezogenen hinaus) keine weiteren Erkrankungen. Er sei weiterhin alkoholabstinent und kÃ¶nne auch nicht riskieren, Alkohol zu trinken, da dies sein Tod wÃ¤re.

Das Sozialgericht hat die Klage am 23.09.2020 durch Urteil als unbegrÃ¼ndet abgewiesen. Der Bescheid vom 18.04.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.10.2017 sei rechtmÃ¤Ãig und verletze den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten. Er habe keinen Anspruch auf die Versorgung mit Medizinal-CannabisblÃ¤tten. Ein solcher Anspruch ergebe sich nicht aus [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#). In diesem Zusammenhang habe bereits das Hessische Landessozialgericht in seinem Beschluss vom 09.10.2017 zum Aktenzeichen [L 1 KR 338/17 B ER](#) ausgefÃ¼hrt: âEin Anspruch auf die geltend gemachte Versorgung folgt nicht aus einer fiktiven Genehmigung gemÃ¤Ã [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Diese Norm ist zwar

---

auch hinsichtlich [Â§ 31 Abs. 6 SGB V](#) anwendbar (so ausdrücklich [BT-Drucks. 18/8965 S. 25](#); ebenso LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 27. Juli 2017, [L 5 KR 140/17 B ER](#); LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 4. September 2017, [L 1 KR 305/17 B ER](#); SG Trier, Beschluss vom 4. September 2017, S 3 KR 143717 ER). Der Bescheid der Antragsgegnerin vom 18. April 2017 ist jedoch nicht erst nach Ablauf der 3- bzw. 5-Wochenfrist gem. [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ergangen. Maßgeblich für den Fristbeginn ist der Eingang eines fiktionsfähigen Antrags bei der Antragsgegnerin. Der am 13. März 2017 bei der Antragsgegnerin telefonisch gestellte Antrag war nicht hinreichend bestimmt, so dass ein fiktionsfähiger Antrag nicht vorlag. Hierfür hätte es unter anderem der Angabe des Behandlungszieles bedurft (vgl. BSG, Urteil vom 11. Juli 2017, [B 1 KR 26/16 R](#), juris, Rn. 18). Der Antragsteller hat jedoch lediglich eine Kostenübernahme für Cannabis beantragt. Erst durch seine Angaben mit Schreiben vom 4. April 2017 und der Vorlage medizinischer Unterlagen ist ersichtlich geworden, weshalb der Antragsteller die Cannabisversorgung beantragt. Ob am 4. April 2017 ein fiktionsfähiger Antrag vorlag, kann hier dahinstehen, da die Antragsgegnerin den Antrag bereits am 18. April 2017 und damit innerhalb von 3 Wochen beschieden hat.ââ

Diesen überzeugenden Ausführungen schließt sich die Kammer an. Eine Genehmigungsfiktion sei nicht eingetreten. Entgegen der zunächst im gerichtlichen Eilverfahren vertretenen Ansicht ergebe sich ein Anspruch zudem nicht aus [Â§ 31 Abs. 6 SGB V](#). Die im Eilverfahren vertretene Ansicht gebe das Gericht auf. Nach [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) hätten Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blättern oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn 1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung a) nicht zur Verfügung stehe oder b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen können, 2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome bestehe. Die Leistung bedürfe bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen sei ([Â§ 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#)). Die Voraussetzungen des [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 a\) SGB V](#) seien nicht gegeben, da allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen zur Verfügung ständen. Hier sei insbesondere verwiesen auf die S3-Leitlinie ââScreening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungenââ, Stand: 28. Februar 2016, insbesondere unter 3.8. ââEntwöhnungsbehandlung und andere Formen der Postakutbehandlungââ. Genannt werde dort u. a. auch die vom KIÄrger bislang abgelehnte stationäre Langzeittherapie sowie weitere ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen, Psychotherapie, medikamentöse Therapie. Insbesondere eine stationäre Langzeittherapie sei bisher nicht versucht worden und stehe weiterhin zur Verfügung. Auch die beiden zuletzt genannten Maßnahmen seien vom KIÄrger bisher nicht ausgeschöpft worden und lediglich

---

kurzzeitig (Ä<sup>3</sup>/<sub>4</sub> Jahr an Physiotherapie) bzw. vereinzelt (Therapieversuch mit einzelnen Medikamenten) durchgeführt<sup>1</sup>/<sub>4</sub> worden. Die Voraussetzungen des [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1](#) b) SGB V seien ebenso wenig erf<sup>1</sup>/<sub>4</sub>llt.Â

Hierzu habe das Hessische Landessozialgericht in seinem Beschluss vom 09.10.2017 zum Aktenzeichen [L 1 KR 338/17](#) ER ausgef<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hrt: â Mit dem o.g. Gesetz zur Ä<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nderung bet<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften soll Personen mit schwerwiegenden Erkrankungen (z.B. schwerwiegend erkrankte Schmerzpatienten, s. [BT-Drucks. 18/8965 S. 13](#)) nach entsprechender Indikationsstellung und bei fehlenden Therapiealternativen erm<sup>1</sup>/<sub>4</sub>glicht werden, die entsprechenden Arzneimittel zu therapeutischen Zwecken in standardisierter Qualit<sup>1</sup>/<sub>4</sub>t durch Abgabe in Apotheken zu erhalten. Zudem soll f<sup>1</sup>/<sub>4</sub>r Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in eng begrenzten Ausnahmef<sup>1</sup>/<sub>4</sub>llen ein Anspruch auf Versorgung mit diesen Arzneimitteln geschaffen werden ([BT-Drucks. 18/8965, S. 23](#) und [18/10902, S. 2](#) sowie [Bundesrat-Drucks. 233/16, S. 6](#) und 17).

â Die Voraussetzung, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verf<sup>1</sup>/<sub>4</sub>gung steht, entspricht grunds<sup>1</sup>/<sub>4</sub>tlich derjenigen in Â§ 2 Abs. 1a Satz 1. Den betroffenen Versicherten soll im Rahmen der Ä<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rztlichen Behandlung eine M<sup>1</sup>/<sub>4</sub>glichkeit er<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ffnet werden, nach Versagen empfohlener Therapieverfahren einen individuellen Therapieversuch zu unternehmen; bei Erfolg sollte die l<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ngerfristige Gabe eines Cannabisarzneimittels erwogen werden. Die gesetzliche Voraussetzung bedeutet nicht, dass eine Versicherte oder ein Versicherter langj<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hrig schwerwiegenden Nebenwirkungen ertragen muss, bevor die Therapiealternative eines Cannabisarzneimittels genehmigt werden kann. Eine Ä<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rztin oder ein Arzt soll Cannabisarzneimittel als Therapiealternative dann anwenden k<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nnen, wenn sie oder er durch die Studien belegten schulmedizinische Behandlungsm<sup>1</sup>/<sub>4</sub>glichkeiten auch unter Ber<sup>1</sup>/<sub>4</sub>cksichtigung von Nebenwirkungen im Ausma<sup>1</sup>/<sub>4</sub> einer behandlungsbed<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rftigen Krankheit, die mit Ä<sup>1</sup>/<sub>4</sub>berwiegender Wahrscheinlichkeit eintreten werden, ausgesch<sup>1</sup>/<sub>4</sub>lpft hat. Dabei sind von der Ä<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rztin oder dem Arzt allerdings auch die Nebenwirkungen von Cannabisarzneimitteln zu ber<sup>1</sup>/<sub>4</sub>cksichtigen. Die ebenfalls aus Â§ 2 Abs. 1a Satz 1 bekannte Voraussetzung, dass eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine sp<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehen muss, wurde um die nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine sp<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rbare positive Einwirkung auf schwerwiegende Symptome erg<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nz, da auch Konstellationen erfasst werden sollen, in denen mit dem cannabishaltigen Arzneimittel keine Grunderkrankung adressiert werden soll. Denkbar sind beispielsweise F<sup>1</sup>/<sub>4</sub>lle in denen eine Versicherte oder ein Versicherter im Rahmen einer onkologischen Erkrankung mit Chemotherapie an Appetitlosigkeit und Ä<sup>1</sup>/<sub>4</sub>belkeit leidet. Auch in diesen F<sup>1</sup>/<sub>4</sub>llen muss jedoch eine besondere Schwere der Symptome vorliegen.â ([BT-Drucks. 18/8965, S. 24](#)).

Hieraus folgt, dass nur eine entsprechend substantiierte Begr<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ndung des behandelnden Vertragsarztes den Anforderungen gem<sup>1</sup>/<sub>4</sub> Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 b) SGB V gen<sup>1</sup>/<sub>4</sub>gt. Diese muss sich zum einen auf die schwerwiegende Erkrankung, den Krankheitsverlauf sowie die schwerwiegenden Symptome beziehen. Zum anderen ist detailliert darzulegen, weshalb eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall

---

unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht. Ist die Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes im Wesentlichen auf die Wiedergabe des Gesetzeswortlautes beschränkt, liegt eine begründete ärztliche Einschätzung gemäß [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) nicht vor. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt den Versicherten erst seit kurzer Zeit behandelt und seine Einschätzung sich lediglich auf Angaben des Versicherten sowie ärztliche Befundberichte über bereits Jahre zurückliegende Behandlungen stützt (zu den Anforderungen an die ärztlichen Darlegungen s.a. SG Düsseldorf, Beschluss vom 08.08.2017, S 27 K 698/17 ER, juris).  
Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts ist nicht dargetan, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann, [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 b\) SGB V](#).

Dr. C., der den Antragsteller erst seit dem 6. April 2017 behandelt, hat diesem keine anderen Vertragsleistungen angeboten. Er bezieht sich in seiner Einschätzung lediglich auf die Angaben des Antragstellers sowie auf Befundberichte von Ärzten, die den Antragsteller in den Jahren 2009 bis 2010 (Dr. H., Facharzt für Psychiatrie) bzw. 2010 bis 2012 (Allgemeinmediziner G.) behandelt haben. Eine stationäre Behandlung der Alkoholerkrankung des Antragstellers ist letztmalig im Jahr 2002 in der Vitos Klinik in E-Stadt erfolgt. Unterlagen hierzu hat der Antragsteller nicht vorgelegt und sind bei der Klinik nicht mehr vorhanden.

Weder die Alkoholerkrankung des Antragstellers noch dessen Abhängigkeit von Cannabis ist nach dem 07.03.2012 (letzter Behandlungstermin durch den Allgemeinmediziner G.) ärztlich behandelt worden. Erst unter dem 06.04.2017 hat sich der Antragsteller in die Behandlung von Dr. C. begeben. Hinsichtlich der zuvor erfolgten Behandlungen mit Medikamenten liegen nur wenige Angaben der behandelnden Ärzte vor. Nach dem Bericht des Mediziners G. hat der Antragsteller Amitriptylin im Jahr 2010 wegen Nebenwirkungen nicht toleriert. Dr. H. hat dies für das Jahr 2010 hinsichtlich Citalopram angegeben. Dr. C. hat die Angaben des Antragstellers hinsichtlich der Nebenwirkungen übernommen und keine weiteren in Betracht kommenden Medikamente (s. S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Stand: 28.02.2016) aufgeführt. Darüber hinaus hat Dr. C. hinsichtlich der dem Antragsteller empfohlenen Entgiftungstherapie (G.) bzw. der stationären Behandlung der Suchterkrankung (Dr. H.) lediglich angegeben, dass die Rückfallgefahr bei alternativen Behandlungsmethoden enorm sei.

Damit liegt keine begründete Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes Dr. C. dafür vor, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Antragstellers nicht zur Anwendung kommen kann.

Wie die Antragsgegnerin unter Bezugnahme auf die Stellungnahmen des MDK zu Recht vorträgt, liegen damit die Voraussetzungen gemäß [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1](#)

---

[SGB V](#) nicht vor. Somit kann vorliegend dahinstehen, ob aus [Â§ 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#), wonach die Leistung bei der ersten Verordnung der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung bedarf, folgt, dass die Krankenkasse bei Vorliegen einer Verordnung darlegen und beweisen muss, dass eine Standardbehandlung gemäß [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) existiert bzw. geeignet ist (so Beck/Pitz in: jurisPK [Â§ 31 SGB V](#), Rn. 97.2).

Diesen überzeugenden Ausführungen schließt sich die Kammer unter Aufgabe der im gerichtlichen Eilverfahren vertretenen Ansicht an. Hier sei inzwischen durch die Rechtsprechung (wie beispielsweise durch die oben genannte Entscheidung des Hessischen Landessozialgerichts) sowie die Gesetzeskommentierung genauer konkretisiert, welche Anforderungen an die begründete Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes zu stellen seien. Insbesondere sei erforderlich, dass der behandelnde Vertragsarzt im Rahmen eines Abwägungsprozesses, der nachvollziehbar darzulegen sei und auch die Nebenwirkungen des Cannabisarzneimittels einfließen lassen müsse, zu dem Ergebnis komme, dass die Standardtherapie nicht zur Anwendung kommen könne. Zusätzlich sei in diesen Fällen erforderlich, dass eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome bestehe. Es reiche hierbei nicht aus, die Annahme einer positiven Einwirkung nur auf Vermutungen zu stützen. Vielmehr seien Indizien im Sinne einer Minimalevidenz erforderlich (vgl. Pitz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., [Â§ 31 SGB V](#) [Stand: 15.06.2020], Rn. 126, m.w.N.). Diesen Anforderungen werde die Einschätzung des Vertragsarztes Dr. C. nicht gerecht. Insbesondere thematisiere dieser mögliche Nebenwirkungen der Cannabis-Medikation und insbesondere das bei dem Kläger durch Dr. H. diagnostizierte Abhängigkeitssyndrom bei Gebrauch von Cannabis nicht. Alternative Therapieversuche seien durch Dr. C. nicht unternommen worden. Die Einschätzung zu deren Unwirksamkeit stütze Dr. C. im Wesentlichen auf die Angaben des Klägers. Seine Annahme einer enormen Rückfallgefahr bei alternativen Behandlungsmethoden sei allgemein und nicht auf den speziellen Fall des Klägers bezogen. Dies sei nicht ausreichend. Im Übrigen werde auf die obigen Ausführungen des Hessischen Landessozialgerichts verwiesen. Hinsichtlich der Einschätzung des Vertragsarztes werde jedoch diskutiert, ob diese bereits im Verwaltungsverfahren vorliegen müsse (so das LSG NRW, Beschluss vom 25.02.2019 – [L 11 KR 240/18 B ER](#) –, Rn. 74, juris), ob diese im gerichtlichen Verfahren nachgeholt werden könne (so das SG Berlin, Urteil vom 04.12.2019 – [S 211 KR 1405/18](#) –, Rn. 22, juris) oder ob diese im gerichtlichen Verfahren durch die Einschätzung eines Sachverständigen in einem gerichtlichen Sachverständigengutachten ersetzt werden könne (ablehnend beispielsweise Schleswig-Holsteinisches LSG, Beschluss vom 26.06.2019 – [L 5 KR 71/19 B ER](#) –, Rn. 17, juris, m.w.N.). Dies könne jedoch vorliegend dahingestellt bleiben. Denn Dr. C. habe auch im Klageverfahren keine den oben genannten Anforderungen entsprechende Einschätzung abgegeben, noch könne er eine solche abgeben. Denn der Kläger habe angegeben, seit der Entscheidung des Hessischen Landessozialgerichts im Jahr 2017 nicht mehr in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Die oben genannten Defizite der Einschätzung von Dr. C. könne dieser also gar nicht beheben. Denn auch weiterhin hätte dieser keine anderweitigen Therapieversuche unternommen und müsse seine Einschätzung weiterhin im

---

Wesentlichen auf die Angaben des KlÄxgers sowie die nur wenigen vorhandenen weiteren medizinischen Unterlagen aus den Jahren 2009 und 2010 stÄ¼tzen. Eine konkrete EinschÄ¼tzung zu alternativen Behandlungsmethoden dÄ¼rfte ihm ebenso wenig mÄ¼glich sein. Gleiches gelte fÄ¼r ein gerichtliches SachverstÄ¼ndigengutachten. Auch ein SachverstÄ¼ndiger hÄ¼tte lediglich die Angaben des KlÄxgers sowie die oben aufgefÄ¼hrten medizinischen Unterlagen zur VerfÄ¼gung, die als Grundlage fÄ¼r eine Ä¼rztliche EinschÄ¼tzung nach den obigen AusfÄ¼hrungen nicht ausreichend wÄ¼ren. Weitere ErkenntnismÄ¼glichkeiten existierten nicht.Ä

Der KlÄxger hat gegen das ihm am 20.10.2020 zugestellte Urteil am 12.11.2020 vor dem Hessischen Landessozialgericht Berufung eingelegt.Ä

Er behauptet, der Ausgang des Rechtsstreits habe schon vor Beginn der mÄ¼ndlichen Verhandlung festgestanden und das Gericht habe nicht objektiv geurteilt. Er Ä¼uÄ¼ert die sinngemÄ¼e Wahrnehmung, die Kammer des Sozialgerichts hÄ¼tte den Sachverhalt nicht vollstÄ¼ndig erfasst und hÄ¼lt die Gesellschaft insgesamt fÄ¼r voreingenommen. Er trÄ¼gt nÄ¼her vor, dass eine Langzeittherapie fÄ¼r ihn frÄ¼her nicht in Betracht kam und auch heute nicht in Betracht komme. Er sieht die Versorgung mit CannabisblÄ¼ten als einzige fÄ¼r ihn in Betracht kommende MÄ¼glichkeit Alkoholabusus zu vermeiden.

Der KlÄxger beantragt sinngemÄ¼,Ä das Urteil des Sozialgerichts vom 23.09.2020 aufzuheben, den Bescheid vom 18.04.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.10.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihm die Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten BlÄ¼ten in standardisierter QualitÄ¼t zu genehmigen, und die Beklagte weiterhin zu verurteilen, ihm diese Versorgung als Sachleistung zu gewÄ¼hren.Ä

Ä  
Die Beklagte beantragt,Ä die Berufung zurÄ¼ckzuweisen.

Sie hÄ¼lt die Entscheidung des Sozialgerichts fÄ¼r zutreffend.

Das Gericht hat zur KlÄ¼rung des Sachverhalts eine nicht fÄ¼rmliche Telefonkonferenz mit den Beteiligten durchgefÄ¼hrt, in der vereinbart wurde, dass der KlÄxger seinen Hausarzt, Herrn Dr. C., aufsuchen werde, um seine aktuelle BehandlungsbedÄ¼rftigkeit Ä¼rztlich Ä¼berprÄ¼fen zu lassen. Dem ist der KlÄxger nachgekommen, woraufhin Herr Dr. C. unter dem Datum des 15.01.2021 eine Ä¼rztliche Bescheinigung und auf Anforderung durch das Gericht unter dem Datum des 30.08.2021 ein Befundbericht vorgelegt hat. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte des Beklagten, die Gegenstand der Beratung waren, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄ¼nde

Die Entscheidung konnte ohne mÄ¼ndliche Verhandlung ergehen, da sich die

---

Beteiligten mit dieser Vorgehensweise einverstanden erklärt haben, [Â§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#).

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage mit Urteil vom 23.09.2020 abgewiesen. Der Bescheid des Beklagten vom 18.04.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.10.2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat gemäß [Â§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils. Sie sind überzeugend, wärdigen die fallentscheidenden Aspekte zum Zeitpunkt der Entscheidung vollständig und nehmen im übrigen in Teilen zitierend Bezug auf die Rechtsprechung des erkennenden Senats im Eilbeschluss, dem derselbe Sachverhalt zugrunde lag.

Ergänzend ist auf folgendes hinzuweisen:

Die beiden alternativen tatbestandlichen Voraussetzungen nach [Â§ 31 Abs. 6 S. 1 lit. a\) und b\) SGB V](#) liegen nicht vor.

Zum einen stehen allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen vorliegend zur Verfügung (soweit zu lit.a). Auf die entsprechenden Ausführungen des erstinstanzlichen Urteils kann insoweit verwiesen werden, wobei die dort erwähnte S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ mittlerweile zum Bearbeitungsstand Januar 2021 vorliegt. Sie benennt nach wie vor die vorliegend relevanten Alternativbehandlungen. Es heißt dort u.a. „Diese Postakutbehandlung kann entweder als ambulante, ganztägig ambulante bzw. teilstationäre oder stationäre Rehabilitationsbehandlung (inklusive einer Adaptionsbehandlung als letzte Phase der medizinischen Rehabilitation), als medikamentöse Rückfallprophylaxe oder in anderen Formen erfolgen. Andere Formen der Postakutbehandlung umfassen u.a. die vertragsärztliche Versorgung bzw. ambulante Psychotherapie und die ambulante oder stationäre psychiatrische Weiterbehandlung. Weitere Formen postakuter Interventionen sind Angebote von Einrichtungen, insbesondere soziotherapeutische Einrichtungen für Menschen mit einer Abhängigkeit, die chronisch mehrfach geschädigt sind (CMA), Angebote der Eingliederungshilfe, niedrigschwellige Hilfeangebote, Beratungsangebote sowie Maßnahmen der Arbeitsförderung und beruflichen Rehabilitation.“

Zum anderen liegt auch kein Einzelfall vor, in dem nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes die bzw. eine der Standardtherapien unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann (soweit zu lit. b). Wie das erstinstanzliche Urteil, wiederum unter Bezugnahme auf die Ausführungen des Senats im erwähnten Eilbeschluss, ausgeführt hat, bedarf es einer entsprechend substantiierten Begründung des behandelnden Vertragsarztes. Eine solche Begründung lag jedoch, wie in den vorgenannten

---

Entscheidungen ebenfalls näher ausgeführt wird, aufgrund der Ausführungen von Herrn Dr. C. nicht vor. Daran hat sich auch im weiteren zeitlichen Verlauf nichts geändert. Wie das erstinstanzliche Urteil bereits ausgeführt hat, ist bereits fraglich, ob die begründete Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes auch noch im gerichtlichen Verfahren vorgelegt werden kann. Hierauf kommt es aber nicht an, weil der Kläger, obwohl er nach entsprechender Erörterung zwischen den Beteiligten und dem Gericht im Laufe des Berufungsverfahrens erneut Herrn Dr. C. im Januar 2021 aufgesucht hat, in der Folge den Zeitraum von sieben-einhalb Monaten hat verstreichen lassen, ohne eine entsprechende Einschätzung vorzulegen. Auch hat Herr Dr. C. auf eine konkrete und an den Wortlaut von [Â§ 31 Abs. 6 S. 1](#) lit. b) SGB V angelegte Frage des Gerichts lediglich geantwortet, hierzu sei keine sinnvolle Antwort möglich.

Schließlich war es dem Landessozialgericht versagt, aus eigener Veranlassung, etwa im Wege der Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens, Ermittlungen der potentiellen Nebenwirkungen einer Standardtherapie vorzunehmen und diese wiederum mit medizinischen Sachverstand in eine Abwägung zur Cannabis-Therapie, jeweils unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Klägers, setzen zu lassen. Es handelt sich hierbei nämlich um eine Frage, die dem Amtsermittlungsgrundsatz nicht unterfällt. Nach [Â§ 103 S. 1, 1. HS SGG](#) erforscht das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen. Diese Untersuchungsmaxime bezieht sich also auf entscheidungserhebliche Tatsachen (allgemeine Ansicht, vgl. etwa LSG Sachsen, Beschluss vom 16.03.2021 – [L 7 AS 545/17 NZB](#)). Das Gericht hat alle Tatsachen zu ermitteln, die für Entscheidung in prozessualer und materieller Hinsicht entscheidungserheblich sind (BSG, Urteil vom 20.09.1988 – [5/5b Rj 32/87](#)). Tatsachen sind konkrete, nach Raum und Zeit bestimmte, vergangene oder gegenwärtige Geschehnisse und Zustände der Außenwelt und des Seelenlebens (BSG, Urteil vom 07.04.1987 – [11b RAr 7/86](#)). Wie mit [Â§ 106 Abs. 3 Nr. 5 SGG](#) erkennbar wird, kann eine Tatsache auch das Ergebnis einer sachverständigen medizinischen Bewertung sein. Nach der Zwecksetzung der Untersuchungsmaxime darf das Gericht aber nicht fehlende Module eines gesetzlich festgelegten Verfahrenskanons durch eigene Ermittlungen substituieren (so auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 25.02.2019 – [L 11 KR 240/18 B ER](#)). So verhielte es sich aber hinsichtlich der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes. Der Gesetzgeber hatte bei Schaffung der hier interessierenden Vorschrift die ausdrückliche Zielsetzung, die Verantwortung und Kontrolle der Therapie von Patienten mit Cannabis in die Hände der jeweils behandelnden Ärzte zu legen (vgl. insb. den jeweiligen Wortlaut in [BT-Drs. 18/8965, S. 13](#), S. 22 u. S. 24, nicht nur zu sozialrechtlichen, sondern auch den zeitgleichen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften). Er wollte der konkret-individuellen Beurteilung des Vertragsarztes den Vorrang einräumen (Lichdi, NZS 2020, 795, 799; das LSG Nordrhein-Westfalen, aaO, spricht von einer Einschätzungsprivileg). Die begründete Einschätzung dient also nicht lediglich der Tatsachenermittlung im Hinblick auf Nebenwirkungen mehrerer Therapieoptionen und des Ergebnisses ihrer medizinischen Abwägung, sondern eben auch der Verantwortungsübernahme durch einen behandelnden Arzt. Eine solche kann aber im Wege der Tatsachenermittlung nicht ersetzt werden.Â

---

Ergänzend ist festzustellen, dass der Kläger Alternativbehandlungen kategorisch ablehnt. Insbesondere psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen verschließt er sich, wie aus den Angaben von Herrn Dr. H. ersichtlich wird, und zwar mit der Argumentation, dass er sich weggesperrt fühlen würde und dass aufgrund der damit verbundenen vorübergehenden Abwesenheit von seiner Erwerbstätigkeit wirtschaftliche Nachteile resultierten. Maßgeblich für die Bewertung von [Â§ 31 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) sind allerdings allein medizinische Gründe nicht etwa Aspekte der persönlichen Lebensführung oder solche vermeintlicher Schwierigkeiten im Berufsleben (LSG Baden-Württemberg Urt. v. 27.4.2021 â€‹ [L 11 KR 2148/20](#), BeckRS 2021, 12695 Rn. 29, beck-online).

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass der Kläger nach eigenem Vortrag seit über vier Jahren nicht in ärztlicher Behandlung war. Auch die Wiederaufnahme einer Behandlung könnte ohne aktuelle medizinische Beurteilungsgrundlage nicht unmittelbar in die Verschreibung von Cannabis-Bildern münden (so sinngemäß auch LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 27.05.2019 â€‹ [L 9 KR 72/19 B ER](#)).

Keiner näheren Bewertung hingegen bedürfen die Einschätzungen des Klägers im Hinblick auf die behauptete Voreingenommenheit oder Fehleinschätzung der Kammer des Sozialgerichts Gießen. Denn das Landessozialgericht prüft den Streitfall nach [Â§ 157 SGG](#) im gleichen Umfang wie das Sozialgericht und hat dabei auch neu vorgebrachte Tatsachen und Beweismittel zu berücksichtigen. Etwaige Fehleinschätzungen des Sozialgerichts (die aber aus Sicht des Senats nicht naheliegen) können daher nicht Grundlage der Entscheidung des Landessozialgerichts sein.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen von [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Erstellt am: 02.05.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024