
S 8 KR 4266/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Einer (reinen) Ablehnungsentscheidung der Verwaltungsbehörde kommt keine Dauerwirkung (§ 77 SGG) zu. 2. Bei einer wiederholten (reinen) Ablehnung ohne konkreten Zeitraumbezug liegt kein Fall von § 96 Abs. 1 SGG vor, da die (erste) Entscheidung über die Versagung einer Leistung keine weitere (zeitraumbezogene oder sonstige gestalterische) Wirkung hat. 3. Um einen Verstoß gegen das Verbot der doppelten Rechtshängigkeit (§ 202 Satz 1 SGG i.V.m. § 17 Abs. 1 Satz 2 GVG) bei gerichtlichem Angriff des zweiten Ablehnungsbescheids zu vermeiden, ist davon auszugehen, dass bei einer wiederholten (reinen) Ablehnungsentscheidung ohne Zeitraumbezug zwar kein Fall des § 96 SGG vorliegt, aber eine zeitliche Zäsurwirkung (zur Vermeidung eventueller doppelter Rechtshängigkeit) eintritt. 4. Zur Ausschöpfung von allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen als Voraussetzung einer Versorgung mit Cannabisblüten.
Normenkette	SGG § 77 SGG § 96 Abs 1 SGB 5 § 31 Abs 6 SGB 5 § 13 Abs 1 SGB 5 § 13 Abs 3 S 1 SGB 5 § 13 Abs 3a S 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 4266/18
Datum	25.02.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 813/19
Datum	16.10.2020

3. Instanz

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

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. Februar 2019 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung und die Versorgung des Klägers mit Medizinal-Cannabisblättern bei einer Tagesdosis von 0,5 g streitig.

Der 1963 geborene Kläger ist gelernter Schreiner und arbeitete zuletzt (bis 2006) als Staplerfahrer. Seit November 2008 bezieht er Arbeitslosengeld II und ist Mitglied der Beklagten.

Am 28. Dezember 2017 beantragte der Kläger bei der Beklagten unter Vorlage des von dem behandelnden Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. B. unter dem 22. Dezember 2017 ausgefüllten Arztfragebogens die Kostenübernahme für die Versorgung mit Cannabis. Dr. B. gab an, er wolle wegen eines chronischen therapieresistenten Schmerzsyndroms Cannabisblättern (Handelsname: Bedrocan) mit einer Tagesdosis von 0,5 g verordnen. Behandlungsziel sei die Mobilisierung und die Schmerzreduktion. Die Erkrankung sei schwerwiegend, zumal ein Schmerzmittelabusus bestehe. Eine Schmerztherapie sei durchgeführt worden. Der Kläger leide aber an therapieresistenten Schmerzen. Der Kläger gab gegenüber der Beklagten weiter an, weitere nicht medikamentöse Behandlungen seien nicht notwendig, da sie nicht zum Erfolg führten. Er habe kein Fahrzeug, so dass die Belastung durch die Termineinhaltung bei jedem Wetter höher sei als der Heilerfolg. Auch habe er seit 1995 Erfahrung mit Cannabis, was ihm sehr gut helfe, die Schmerzen zu lindern. Die Beklagte holte daraufhin das Gutachten des Dr. Sch. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 22. Januar 2018 ein, wonach allgemein anerkannte und dem medizinischen Standard entsprechende Therapiealternativen zur Verfügung stünden. Bei chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates stünden folgende Therapiemöglichkeiten zur Verfügung: medikamentöse Therapie, Physiotherapie und psychotherapeutische Behandlung. Im konkreten Fall sei anhand der Unterlagen keine fachärztlich schmerztherapeutische oder aktuelle

orthopädische Behandlung sowie seit 2013 keine Anwendung von Heilmitteln belegt. Die Physiotherapie stelle insbesondere bei chronischen Rückenschmerzen einen wesentlichen Bestandteil eines multimodalen Schmerzkonzeptes dar. Bei einem Nichterfolg sei zudem die Indikation für eine Rehabilitation zu prüfen. Hierauf gestützt lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 26. Januar 2018 die Übernahme der Kosten für eine Verordnung von Cannabisblüten ab.

Mit seinem hiergegen am 2. Februar 2018 eingereichten Widerspruch trug der Kläger vor, seit Jahrzehnten sei Cannabis als Heil- und Schmerzmittel bekannt. Es handle sich um ein natürliches, gut verträgliches Heilmittel. Chemisch hergestellte Schmerzmittel hätten mehr unangenehme und schädliche Nebenwirkungen. Auch habe er noch nie gehört, dass jemand an einer Überdosis Cannabis gestorben sei, im Gegensatz zu manchen Schmerzmitteln, die man ohne Probleme verschrieben bekomme. Auch ihm helfe Cannabis sehr gut und sein Arzt Dr. B. habe es ihm empfohlen. Nur könne er als Arbeitslosengeld-II-Bezieher nicht regelmäßig Blüten kaufen, zumal dies illegal sei. Auch sei dann die Qualität sehr unterschiedlich, was bei einem Bezug durch die Apotheke nicht der Fall sei. Es liege im Interesse der Beklagten, dass er nicht von Schmerzmitteln abhängig werde, die seine Organe schädigten. Sein Rückenleiden habe bereits im Jahr 1979 begonnen, als er mit 16 Jahren in 19 Monaten von 1,62 m um 23 cm auf 1,85 m gewachsen sei. Der vierte Lendenwirbel habe jedoch nicht an Größe zugenommen, so dass damals schon die Behandlungen angefangen hätten. Inzwischen habe er vier Bandscheibenvorfälle gehabt und könne seinen Beruf nicht mehr ausüben. Er habe monatelang im Rollstuhl gesessen und nehme derzeit 24 Tabletten täglich.

Die Beklagte holte daraufhin das Gutachten des Dr. W. vom MDK vom 23. Mai 2018 ein, der darauf hinwies, dass eine fachärztliche schmerztherapeutische Behandlung zuletzt 2010 stattgefunden habe und der Kläger erstmalig im Februar 2018 bei einem Orthopäden vorstellig gewesen sei. Daher sei kein schmerztherapeutisches, multimodales Behandlungskonzept erkennbar. Schmerz distanzierende Antidepressiva und membranstabilisierende Medikamente seien bislang nicht eingesetzt worden. Es sei nicht ersichtlich, warum diese vielen verschiedenen Therapiemöglichkeiten nicht zur Anwendung kämen. Es beständen allgemein anerkannte und medizinische Standard entsprechende Therapiealternativen. Mit Widerspruchsbescheid vom 26. Juli 2018 gab der Widerspruchsausschuss der Beklagten dem Widerspruch des Klägers nicht statt und führte zur Begründung im Wesentlichen aus, der Kläger leide zwar an einem chronischen Schmerzsyndrom sowie an orthopädischen Erkrankungen und habe deshalb Anspruch auf Maßnahmen der Krankenbehandlung. Aus den Gutachten des MDK vom 22. Januar und 23. Mai 2018 folge zwar, dass der Kläger an einer schwerwiegenden Krankheit leide und seine Alltagsaktivitäten erheblich eingeschränkt seien. Allerdings seien die Standardtherapien zur Behandlung der Schmerzen und orthopädischen Erkrankungen nicht ausgeschöpft. Wirksame Arzneimittel zur Behandlung der Krankheit stünden zur Anwendung bereit und könnten vom Kläger eingesetzt werden. Es sei eine fachärztliche Mitbehandlung angezeigt, die durch Physiotherapie ergänzt werden könne.

Hiergegen erhob der Kläger am 6. August 2018 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) und trug zur Begründung im Wesentlichen vor, nach mehrmaliger Rücksprache mit seinem Arzt bestehe kein Grund für eine Ablehnung seines Antrags, da er bereits alle zur Verfügung stehenden medikamentösen und nichtmedikamentösen Mittel einschließlich Schmerztherapie sowie schon zweimal Physiotherapie, Schlingentisch, Stangerbad und Wassergymnastik hinter sich habe. Letztere Anwendungen habe er in Verbindung mit einem Rehabilitationsaufenthalt in der F.klinik 2009 erhalten. Zu beachten sei, dass er kein Fahrzeug habe, um zu Behandlungen außer Haus zu gelangen. Er müsse mithin alles zu Fuß oder mit Verkehrsmitteln erreichen können. Danach habe er aber mehr Schmerzen als vorher. Deshalb seien ihm ständig neue Termine für Behandlungen nicht zumutbar. Nachdem er alle Fachärzte, Therapeuten sowie Rehabilitationsmaßnahmen "durch habe", sei er nur noch bei seinem Hausarzt Dr. B. in Behandlung. Zur weiteren Begründung legte der Kläger die ärztliche Bescheinigung des Dr. B. vom 21. Januar 2019 vor, wonach der Kläger aufgrund therapieresistenter Rückenbeschwerden eine massive Analgetikatherapie erhalte. Aufgrund von Leberveränderungen (Zustand nach Alkoholkrankheit) best nden allerdings nur eingeschränkt Therapiemöglichkeiten. Ein Selbstversuch mit Cannabis sei mehrfach erfolgreich gewesen. Ein Behandlungsversuch mit Cannabis werde empfohlen, um die medikamentöse Therapie zu reduzieren. Beigefügt war ein Arztbrief der Fachärztin für Anästhesie und spezielle Schmerztherapie Dr. C. vom 7. Februar 2019, wonach sich der Kläger am 30. Januar 2019 erstmals vorgestellt habe. Klinisch-anamnestisch bestehe ein qualifiziertes Mixed-Pain-Syndrom im Bereich der Lendenwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen und lumbalen Bandscheibenvorfällen mit (klinischem) Verdacht auf intermittierende Wurzelreizkomponente S1 links. Der Untersuchungsbefund sei gegebenenfalls auch mit einer beginnenden Coxarthrose links vereinbar. Psychosozialanamnestisch l gen auch Chronifizierungs-Kofaktoren vor, die die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms begünstigen können. Darüber hinaus bestehe eine Sucht-Komorbidität bei aktuellem über- und Fehlgebrauch von nichtsteroidalen- sowie Opiat-Analgetika der Stufe II. Aufgrund des Chronifizierungsgrades und der Beeinträchtigungen sowie unter Berücksichtigung der Komorbiditäten sei ein multimodales stationäres Vorgehen prinzipiell sinnvoll. Diesbezüglich habe der Kläger aktuell keine Behandlungsmotivation, bzw. möchte Haus und Katze nicht verlassen. Aus schmerztherapeutischer Sicht können gegebenenfalls infiltrative Behandlungsversuche, TENS, Heilmittelverordnungen und Akupunktur sinnvoll sein. Aufgrund der frustranen Vorerfahrung und der fehlenden Behandlungsmotivation sei eine Besserung darunter zunächst nicht zu erwarten. Der Einsatz von Cannabis könne insoweit sinnvoll sein, als dass es gelingen könne, den schädlichen Fehlgebrauch des Ibuprofen und der Opiatanalgetika (Stufe II) zu begrenzen. Dies lasse sich gegebenenfalls in einem modernen suchtmmedizinischen Behandlungskonzept integrieren. Gegebenenfalls könne im weiteren Verlauf das Problembewusstsein gesteigert und ein Stadium der Absichtsbildung geschaffen werden, z.B. durch Anbindung an einen Suchtmediziner, gegebenenfalls unter Einsatz von Cannabis, da dieser Einsatz weniger schädlich erscheine als der Überkonsum von NSAR und Tilidintropfen.

Die Beklagte trat der Klage unter Wiederholung ihrer Ausführungen im Widerspruchsbescheid entgegen.

Das SG hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts Dr. B. als sachverständigen Zeugen vernommen. Dieser hat ausgeführt (Stellungnahme vom 17. September 2018), er behandle den Kläger seit Januar 2011. Im Vordergrund stehe ein myogenes Wirbelsäulensyndrom bei Bandscheibenvorfall mit rezidivierenden Schmerzzuständen, eine chronische Gastritis, chronische Bronchitis und ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom bei Zustand nach chronischem Alkoholabusus (derzeit Abstinenz). Bezüglich der Rückenschmerzen sei der Kläger im Rahmen einer umfangreichen Schmerztherapie mit Tramal, Tilidin, Tramabian, Ibuprofen und Ortoton behandelt worden. Ferner habe der Kläger auch Injektionen und Infiltrationen sowie physikalische Therapien erhalten. Intensive physikalische Therapien seien früher durchgeführt worden, würden jedoch vom Kläger wegen damaliger Wirkungslosigkeit abgelehnt. Die Anwendung von Cannabisblüten stelle eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bzw. die Symptome dar. Nach Angaben des Klägers sei eine deutliche Verbesserung durch einen Selbstversuch zu erzielen gewesen. Kontraindikationen für die Anwendung von Cannabinoiden lägen nicht vor. Durch die chronischen Schmerzen sei ein Versuch mit Cannabisblüten medizinisch indiziert, um die Symptome positiv zu beeinflussen, starke Analgetika einzusparen sowie der Chronifizierung der Schmerzen entgegenzuwirken. Auf Nachfrage des SG legte Dr. B. den Arztbrief des Neurologen Dr. H. vom 10. März 2018 (Diagnose: Radikulopathie im Lumbosakralbereich beidseits) und des Facharztes für Orthopädie Dr. V. vom 13. Februar 2018 (Diagnose: Chronisches Lumbovertebralsyndrom) vor. Dr. H. gab an, dass die Schmerzen, die der Kläger erlebe, nachvollziehbar und ausgeprägt seien, weshalb medizinisches Cannabis zusätzlich zum bestehenden schmerztherapeutischen Regime anzuraten sei. Er habe dem Kläger zu einer schmerztherapeutischen Behandlung geraten, wobei medizinisches Cannabis aus seiner Sicht zu befürworten sei. Er werde dies aber nicht rezeptieren, da er diesbezüglich über keine Erfahrung verfüge. Dr. V. führte aus, der Kläger sei wegen der Verordnung von Cannabis vorstellig gewesen. Da er aber keinerlei Erfahrung mit Cannabis besitze, sei eine Vorstellung bei einem Schmerztherapeuten erforderlich. Der Kläger habe zudem angegeben, dass er nie eine Operation der Bandscheibenvorfälle gewollt und sich nur einer konservativen Therapie unterzogen habe.

In der Zwischenzeit besorgte sich der Kläger bei der Schw.-Apotheke in He. am 18. Oktober 2018 auf eigene Kosten unverarbeitete Cannabisblüten (Kassenbon der Schw.-Apotheke vom 18. Oktober 2018; Rechnungsbetrag: 113,05 EUR Cannabisblüten und 2,91 EUR BTM-Gebühr; Bl. 13 der von der Beklagten vorgelegten Ergänzungsverwaltungsakte (EVA)). Unter dem "12. November 2018" verordnete Dr. B. dem Kläger auf einem Privatrezept Cannabisblüten (Bedrocan 5 g), deren Abgabe durch die Schw.-Apotheke am 12. November 2018 quittiert wurde (Bl. 13 EVA).

Mit Gerichtsbescheid vom 25. Februar 2019 wies das SG die Klage ab und führte zur Begründung im Wesentlichen aus, der Kläger habe derzeit keinen Anspruch

auf Versorgung mit Medizinisch-Cannabisblättern. Es könne vorliegend offenbleiben, ob der Kläger an einer schwerwiegenden Erkrankung im Sinne von [§ 31 Abs. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#) leide. Denn es komme eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung in Betracht, um die beim Kläger bestehenden Erkrankungen zu therapieren. Aus der Gesetzesbegründung werde ersichtlich, dass Cannabisarzneimittel erst dann zur Anwendung kommen sollten, wenn die durch Studien belegten schulmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten auch unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen im Ausmaß einer behandlungsbedingten Krankheit, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eintreten würden, ausgeschöpft worden seien. Damit werde deutlich, dass der Hinweis auf die generell möglichen Nebenwirkungen und deren allgemeine Eintrittswahrscheinlichkeit nicht genüge, um die Voraussetzungen des [§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V](#) zu erfüllen. Vorliegend ergebe sich aus den Befundunterlagen, dass der Kläger seit 2010 keine schmerztherapeutische oder ausreichende orthopädische Behandlung durchführe, insbesondere keine Physiotherapie, die gerade bei chronischen Rückenschmerzen einen wesentlichen Bestandteil eines multimodalen Schmerzkonzeptes darstelle. Auch die am 30. Januar 2019 erstmals aufgesuchte Schmerztherapeutin Dr. C. habe bestätigt, dass infiltrative Behandlungsversuche, TENS, Heilmittelverordnungen und Akupunktur sinnvoll sein könnten. Diese seien nur aufgrund der fehlenden Behandlungsmotivation des Klägers derzeit wenig erfolgversprechend. Die fehlende Behandlungsmotivation des Klägers, der sein Haus nicht verlassen wolle, könne jedoch nicht zu einem Anspruch auf Versorgung mit Cannabisarzneimitteln führen. Aus der Therapiehoheit des behandelnden Arztes folge kein anderes Ergebnis. Die Beklagte könne sich für ihre abweichende Entscheidung auf die Darlegungen des MDK zu den vorhandenen Standardtherapien stützen.

Hiergegen richtet sich die am 4. März 2019 beim SG zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegte Berufung des Klägers, mit der er geltend macht, es treffe nicht zu, dass er keine Behandlungsmotivation habe und sein Haus nicht verlassen wolle. In den Jahren 2006 bis 2009 sei er 17-mal im Krankenhaus gewesen und habe entsprechende Behandlungen erhalten. Es seien jedoch weiterhin starke Schmerzen "überig geblieben", so dass er auf weitere Versuche verzichten könne. Durch die Einnahme von Cannabis könne er die Dosis der Schmerzmittel reduzieren und seine Leber nicht weiter schädigen. Diese habe er mit Alkohol schon genug kaputtgemacht. Leider könne er sich finanziell Cannabis nicht leisten. Man wolle ihn zu einer viel teureren aber sinnlosen Therapie überreden. Er sei im Jahr 2012 in sechs Monaten 32-mal bei der Physiotherapie gewesen. Diese habe aber nichts gebracht bzw. nur eine kurze Besserung. Bis er wieder zu Hause gewesen sei, seien die Schmerzen jedes Mal wieder da oder sogar noch größer gewesen. Er habe nicht vor, das Ganze zu wiederholen und er sei auch kein "Versuchskaninchen". Er habe im April am 11. April 2019 einen Termin im Klinikum St. bei Dr. M. und Dr. Ki. gehabt. Dort habe man zwar Verständnis für sein Anliegen und werde ihm nach Prüfung der Unterlagen jederzeit eine Cannabis-Therapie verschreiben. Doch eine Empfehlung zur Kostenübernahme werde man nicht ausstellen, da Unterlagen über bereits erfolgte Behandlungen, die länger als zehn Jahre zurückliegen, nicht mehr existierten. Aus dem Mitglieds- und Vorerkrankungsverzeichnis der A. U.-B. vom 27.

Februar 2019 (Bl. 19-22 der Senatsakte) gehe hervor, wann er welche Behandlungen erhalten habe. Aus der Bescheinigung des Physiotherapeuten Schu. vom 29. März 2019 (Bl. 25 der Senatsakte) gehe hervor, dass er in den Jahren 2012 und 2013 zahlreiche Behandlungstermine gehabt habe.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. Februar 2019 sowie des Bescheids der Beklagten vom 26. Januar 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. Juli 2018 zu verurteilen, ihm 115,96 EUR wegen der Versorgung mit Cannabisblüten zu erstatten und zukünftig die Kosten für die tägliche Versorgung mit 0,5 g Cannabisblüten nach ärztlicher Verordnung zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und führt unter Wiederholung ihres Vorbringens im Widerspruchsbescheid ergänzend aus, nicht alle Standardtherapiemöglichkeiten seien vom Kläger ausgeschöpft. Mögliche Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie seien von ihm hinzunehmen.

Der Kläger hat am 29. April 2019 (Eingang bei der Beklagten) erneut unter Vorlage eines Arztfragebogens des Dr. B. die Übernahme der Kosten einer Versorgung mit Cannabisblüten bei der Beklagten beantragt (beabsichtigte Verordnung: Tetrahydrocannabinol; Handelsname: Bedrocan oder Tedanios 22/1; Dosis: 1 g pro Tag). Die Beklagte hat daraufhin die Stellungnahme des Dr. W. vom MDK vom 20. Mai 2019 (Bl. 30-32 der Senatsakte) eingeholt und sodann die Versorgung mit Cannabisblüten mit Bescheid vom 24. Mai 2019 abgelehnt, da der MDK die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht als erfüllt angesehen habe. Hiergegen hat der Kläger am 11. Juni 2019 Widerspruch eingelegt.

Der Senat hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts Beweis erhoben durch schriftliche Vernehmung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Dr. C. hat mitgeteilt (Stellungnahme vom 13. Januar 2020), sie habe den Kläger am 30. Januar 2019 nur einmalig in ihrer Sprechstunde gesehen. Es bestehe eine chronische Schmerzstellung mit somatischen und psychischen Faktoren mit Chronifizierungsgrad III nach Gerbershagen sowie Grad IV nach Korff, was jeweils die höchsten Chronifizierungsstadien darstellten. Es seien keine weiteren therapeutischen Maßnahmen durchgeführt worden. Bei einem komplizierten ambulanten Behandlungsverlauf eines qualifizierten LWS-Syndroms bei degenerativen Veränderungen mit Bandscheibenvorfällen und Verdacht auf Wurzelreizkomponenten sei es therapeutisch üblich, eine multimodale stationäre Behandlung durchzuführen. Diese seien anamnestisch im Vorfeld bereits erfolgt gewesen. Eine Schmerztherapie solle jedoch idealerweise individualisiert erfolgen. Mögliche Maßnahmen seien Physiotherapie, Akupunktur, gegebenenfalls infiltrative Therapie, wie z.B. periradikuläre Therapie im Falle einer Wurzelreizkomponente

und medikamentöse Therapie unter Berücksichtigung der neuropathischen Schmerzanteile, aber im Wesentlichen multimodale stationäre Behandlungen. Entsprechende Maßnahmen, wie zum Beispiel Physiotherapie, seien anamnestisch bereits erfolgt. Ihr lägen jedoch keine vor Befunde vor. Ein erneuter Therapieversuch sei aufgrund der frustranen Vorbehandlungen und der damit assoziierten fehlenden Behandlungsmotivation nicht erfolgt. Der Einsatz von Cannabis könne insofern sinnvoll sein, als es bei guter Wirkung auf die neuropathische Schmerzkomponente auch zu einer Begrenzung des Fehlgebrauchs des Ibuprofens und des Opiats kommen könne. Dr. B. hat angegeben (Stellungnahme vom 14. Januar 2020), beim Kläger bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine chronische Lumbalgie mit rezidivierender Lumboischialgie links, eine intermittierende Wurzelkomponente S1 links, degenerative Veränderungen bei Zustand nach Bandscheibenvorfall, ein Analgetika Fehlgebrauch, Abhängigkeit von Analgetika, ein Alkoholabusus und ein schädlicher Gebrauch von Tabak. Wegen der Leberveränderungen bestünden nur eingeschränkte Therapiemöglichkeiten. Trotz der durchgeführten Therapie mit Injektionen, Infiltrationen und physikalischer Therapie sei es zu keiner Verbesserung gekommen. Eine umfangreiche medikamentöse Therapie sei derzeit erforderlich, um eine Schmerzlinderung durchzuführen. Der Einsatz von Cannabis erscheine weniger schädlich als der Überkonsum von NSAR und Tilidin. Es bestehe Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Dr. V. hat ausgeführt (Stellungnahme vom 27. Februar 2020), der Kläger habe seine Praxis nur einmal mit dem Wunsch aufgesucht, Cannabis verordnet zu bekommen. Er habe eine weitere Überweisung an einen Schmerztherapeuten ausgestellt. Für Bandscheibenvorfälle existierten selbstverständlich Standardtherapien. Dr. H. hat mitgeteilt (Stellungnahme vom 3. März 2020), er habe den Kläger nur einmal am 8. März 2018 untersucht und behandelt. Da der Kläger ihm gegenüber angegeben habe, dass eine Physiotherapie durchgeführt werde, habe er zu deren Fortführung geraten. Hierbei handele es sich um eine Standardtherapie bei Radikulopathien ohne Lähmungen. Auch zu einer Therapie mit Cannabinoiden habe er geraten, nachdem der Kläger ihn gefragt habe, inwieweit eine solche Therapie als Schmerztherapie sinnvoll sei.

Die Beklagte hat daraufhin das Gutachten des Dr. B. vom MDK vom 30. April 2020 vorgelegt; hierauf wird Bezug genommen (Bl. 80-91 der Senatsakte).

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte und die ebenfalls von ihr vorgelegte (das Verfahren bezüglich des Antrags vom 29. April 2019 betreffende) Ergänzungsverwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist auch im übrigen zulässig. Sie bedurfte insbesondere nicht der Zulassung, da der Kläger

u.a. zukünftig die Kostenerstattung für die tägliche Versorgung mit 0,5 g Cannabisblüten nach ärztlicher Verordnung und damit Leistungen für einen Zeitraum von mehr als einem Jahr begehrt ([Â§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

2. Die Anfechtungs- und Leistungsklage ist zulässig. Der Senat legt das Begehren des Klägers ([Â§ 123 SGG](#)) so aus, dass er im Berufungsverfahren auch Kostenerstattung in Höhe eines Betrags von 115,96 EUR wegen Selbstbeschaffung des Arzneimittels begehrt. Als eine Änderung der Klage ist es nicht anzusehen, wenn ohne Änderung des Klagegrundes statt der ursprünglich geforderten Leistung wegen einer später eingetretenen Veränderung eine andere Leistung verlangt wird ([Â§ 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG](#)). So liegt es auch wie hier auch bei der Umstellung eines Sachleistungsbegehrens auf einen Kostenerstattungsanspruch (vgl. BSG, Urteil vom 26. Februar 2019 – [B 1 KR 24/18 R](#) – juris, Rn. 8).

Streitgegenständlich ist der Bescheid der Beklagten vom 26. Januar 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. Juli 2018 ([Â§ 95 SGG](#)). Der Bescheid der Beklagten vom 24. Mai 2019 ist nicht gemäß [Â§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [Â§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden.

Gemäß [Â§ 96 Abs. 1 SGG](#) wird nach Klageerhebung ein neuer Verwaltungsakt nur dann Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheids ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt. Diese Norm gilt gemäß [Â§ 153 Abs. 1 SGG](#) im Berufungsverfahren entsprechend. Durch die Neufassung des [Â§ 96 Abs. 1 SGG](#) mit Wirkung zum 1. April 2008 wollte der Gesetzgeber der als teilweise extensiv erkannten Auslegung durch die Sozialgerichte entgegenreten (Begründung des Gesetzentwurfes auf [BT-Drs. 16/7716, Seite 19](#)). Die bloße Einbeziehung eines neuen Verwaltungsaktes in das anhängige Verfahren, nur weil der neue Verwaltungsakt mit dem anhängigen Streitgegenstand in irgendeinem tatsächlichen oder rechtlichen Zusammenhang stand, soll nach der Neufassung nicht mehr möglich sein (Begründung des Gesetzentwurfes auf [BT-Drs. 16/7716, Seite 19](#)). Maßgeblich für die Frage, ob ein früherer Verwaltungsakt abändert oder ersetzt wird, ist ein Vergleich der jeweiligen Verfügensätze (Becker, in: Roos/Wahrendorf, Kommentar zum SGG, 2014, [Â§ 96 Rn. 29 m.w.N.](#); vgl. auch BSG, Urteil vom 23. Februar 2005 – [B 6 KA 45/03 R](#) – juris, Rn. 17). Eine Änderung oder Ersetzung liegt nur vor, wenn in den im Verfügensatz des Bescheides zum Ausdruck kommenden Regelungsgehalt des ursprünglichen Bescheides eingegriffen wird (so BSG, Urteil vom 23. Februar 2005 – [B 6 KA 45/03 R](#) – juris, Rn. 17 zu [Â§ 86 Abs. 1 SGG](#); Senatsurteil vom 27. März 2015 – [L 4 P 2196/14](#) – juris, Rn. 32).

Bei Ablehnungsbescheiden sind grundsätzlich ebenfalls die Regelungssätze des ersten und des folgenden Bescheides zu vergleichen (Binder, in: Ldtke/Berchtold, Kommentar zum SGG, 6. Aufl. 2020, [Â§ 96 Rn. 9](#)). Dabei ist zu berücksichtigen, dass einer (reinen) Ablehnung keine Dauerwirkung ([Â§ 201; 77 SGG](#)) zukommt. Denn ein Ablehnungsbescheid, der keine ausdrücklichen zeitlichen Regelungen enthält, regelt grundsätzlich nur den Zeitraum, der zwischen dem Zeitpunkt, ab dem Leistungen begehrt werden, und dem Ende des

Verwaltungsverfahren und gegebenenfalls des Widerspruchsverfahrens liegt (Bienert, NZS 2015, 844, 848). Bei einer wiederholten (reinen) Ablehnung ohne konkreten Zeitraumbezug liegt kein Fall von [Â§ 96 Abs. 1 SGG](#) vor, da die (erste) Entscheidung über die Versagung einer Leistung keine weitere (zeitraumbezogene oder sonstige gestalterische) Wirkung hat. Dann wird durch die zweite Ablehnungsentscheidung die Erstere weder abgeändert noch ersetzt. Denn geprägt wird im zweiten Ablehnungsbescheid nur der Zeitraum ab der erneuten Antragstellung und nicht die Zeit davor.

Zu beachten ist allerdings, dass maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage grundsätzlich der letzte Verhandlungstermin vor dem Tatsachengericht ist (vgl. BSG, Beschluss vom 17. August 2017 – [B 5 R 248/16 B](#) – juris, Rn. 10). Um einen Verstoß gegen das Verbot der doppelten Rechtshängigkeit ([Â§ 202 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 17 Abs. 1 Satz 2](#) Gerichtsverfassungsgesetz) bei gerichtlichem Angriff des zweiten Ablehnungsbescheids zu vermeiden, ist davon auszugehen, dass bei einer wiederholten (reinen) Ablehnungsentscheidung ohne Zeitraumbezug zwar kein Fall des [Â§ 96 SGG](#) vorliegt, aber eine zeitliche Zäsurwirkung (zur Vermeidung eventueller doppelter Rechtshängigkeit) eintritt (im Ergebnis ebenso Bienert, NZS 2015, 844, 849; Binder, a.a.O., Rn. 9). Der Erlass eines weiteren Ablehnungsbescheides, der auf neuerlichen Leistungsantrag ergeht, begrenzt mithin den Zeitraum, für den die erste ablehnende Entscheidung Wirkung entfaltet.

Vor diesem Hintergrund gilt im vorliegenden Fall Folgendes: Der Bescheid der Beklagten vom 24. Mai 2019 ist nicht gemäß [Â§ 153 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden, weshalb der Senat auch nicht über diesen Bescheid auf Klage hin entscheiden musste. Denn dieser Bescheid enthält als Regelungssatz die Ablehnung der Übernahme von "Kosten für das Arzneimittel Cannabisblüten Bedrocan, 1 g/Tag", nachdem der Kläger unter Vorlage des Arztfragebogens des Dr. B. vom 15. April 2019 am 29. April 2019 bei der Beklagten die Kostenübernahme für die Versorgung mit Cannabisblüten beantragt hatte. Hierdurch wurde der Bescheid der Beklagten vom 26. Januar 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. Juli 2018 weder ersetzt noch abgeändert. Denn der Bescheid vom 26. Januar 2018 enthält als Regelungssatz die Ablehnung der Übernahme von "Kosten für das Arzneimittel Cannabisblüten, Bedrocan, 0,5 g", nachdem Dr. B. im Arztfragebogen am 22. Dezember 2017 als beabsichtigte und notwendige Tagesdosis 0,5 g angegeben hatte. Damit liegen aber schon unterschiedliche Regelungsätze vor. Der Sachverhalt hat sich zudem insofern geändert, als Dr. B. nunmehr von einer notwendigen Versorgung mit einer Tagesdosis von 1,0 g ausgeht. Auch die Behandlungsziele variieren (Arztfragebogen vom 22. Dezember 2017, Frage Nr. 3b: "Mobilisierung, Schmerzreduktion"; Arztfragebogen vom 15. April 2019, Frage Nr. 3b: "Schmerzminderung"). Vor diesem Hintergrund ist im vorliegenden Berufungsverfahren nur streitig, ob der Kläger einen Anspruch auf zukünftige Versorgung mit Cannabisblüten (Produkthandelsname: Bedrocan) mit einer Tagesdosis von 0,5 g sowie auf Erstattung von 115,96 EUR für bisher hierfür aufgewandte Kosten hat.

3. Die Berufung ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 26. Januar 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. Juli 2018 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine zukünftige Versorgung mit Cannabisblüten (Produkthandelsname: Bedrocan) mit einer Tagesdosis von 0,5 g sowie auf Erstattung von 115,96 EUR für bisher hierfür aufgewandte Kosten. Denn die Beklagte hat die Bewilligung der begehrten Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt und der Kläger kann sich weder auf eine Genehmigungsfiktion berufen (hierzu unter a), noch liegen die Voraussetzungen für eine zukünftige Versorgung gemäß [Â§ 31 Abs. 6 SGB V](#) vor (hierzu unter b). Der Senat konnte sich nicht davon überzeugen, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung für die beim Kläger bestehende Erkrankung nicht zur Verfügung steht bzw. wegen zu erwartender Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Klägers nicht zur Anwendung kommen kann.

a) Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung von 115,96 EUR für bisher aufgewandte Kosten.

Der Senat geht davon aus, dass dem Kläger bislang nachgewiesene Kosten in Höhe von insgesamt 115,96 EUR für die Versorgung von Cannabisblüten (unverarbeitete Cannabisblüten: 113,05 EUR; BTM-Gebühr 2,91 EUR) entstanden sind. Dies ergibt sich aus dem Kassenbon der Schw.-Apotheke in He. vom 18. Oktober 2018 in Zusammenhang mit dem von Dr. B. ausgestellten Privatrezept über "Cannabisblüten Bedrocan 5gramm" vom 12. November 2018 (Bl. 13 EVA). Weitere Kassenbelege oder Privatrezepte wurden weder vom Kläger noch von der Beklagten vorgelegt.

aa) Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich weder aus [Â§ 13 Abs. 1 SGB V](#) noch aus [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#).

(1) Nach [Â§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([Â§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vorsieht. Eine Kostenerstattung nach [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) hatte der Kläger nicht gewährt, was er selbst auch nicht geltend macht.

(2) Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich auch nicht aus [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Danach gilt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Unaufschiebbarkeit im Sinne der 1. Alternative verlangt, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit 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 z.B. wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist. Nach der Normstruktur des [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) 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. Der Kostenerstattungsanspruch nach der 1. Alternative besteht daher nicht nur dann, wenn es dem Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse (überhaupt) einzuschalten. Unaufschiebbar kann danach auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn der Versicherte mit der Ausführung 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. Umfasst sind daher auch die Fälle, in denen der Versicherte zunächst einen Antrag bei der Krankenkasse stellte, aber wegen Unaufschiebbarkeit deren Entscheidung nicht mehr abwarten konnte (BSG, Urteil vom 8. September 2015 – [B 1 KR 14/14 R](#) – juris, Rn. 15).

Eine Unaufschiebbarkeit in diesem Sinne lag beim Kläger nicht vor. Der Kläger erhielt aufgrund von Verordnungen seines Hausarztes Dr. B. im Antragsmonat (Dezember 2017) die folgenden Arzneimittel: Ibuprofen, Omeprazol, Tramadol, Methocarbamol, Ipratropium und Tilidin. Dies entnimmt der Senat der in der von der Beklagten vorgelegten Ergänzungsverwaltungsakte befindlichen Arzneimittelaufstellung (Bl. 3 EVA). Der Kläger war damit mit Schmerzmedikamenten zum Zeitpunkt der Antragstellung am 28. Dezember 2017 versorgt, d.h. es wurde eine medikamentöse Behandlung bereits durchgeführt. In seinem Fragebogen vom 22. Dezember 2017 hat Dr. B. keine Angaben gemacht, die auf eine Unaufschiebbarkeit der begehrten Leistung hindeuten. Er empfahl in seiner Bescheinigung vom 21. Januar 2019 lediglich einen Behandlungsversuch mit Cannabis. Eine etwaige Unaufschiebbarkeit der Leistung wird vom Kläger auch nicht behauptet.

Auch die Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruchs nach [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V liegen nicht vor. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, den Kläger mit Cannabisblüten (Produkthandelsname: Bedrocan) mit einer Tagesdosis von 0,5 g zu versorgen. Deshalb kann der Kläger auch nicht beanspruchen, dass ihm die Kosten, die durch die selbstbeschaffte Leistung entstanden sind, von der Beklagten erstattet werden. Der Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2019 – [B 1 KR 18/19 R](#) – juris, Rn. 8; vom 28. Februar 2008 – [B 1 KR 16/07 R](#) – juris, und 7. Mai 2013 – [B 1 KR 44/12 R](#) – juris). Daran fehlt es hier. Der Kläger hat keinen entsprechenden Sachleistungsanspruch

gegen die Beklagte.

Nach [Â§ 27 Abs. 1 Satz 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 [Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) auch die Versorgung mit Arzneimitteln ([Â§ 31 SGB V](#)). GemÃ [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten BlÃ¼ten oder Extrakten in standardisierter QualitÃ¤t und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon, wenn (1.) eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur VerfÃ¼gung steht (a) 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, (2.) eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht. Die Leistung bedarf 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 ([Â§ 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#)).

Der KlÃ¤ger hat am 28. Dezember 2017 bei der Beklagten einen Antrag "fÃ¼r die Anwendung von Cannabis" gestellt. BeigefÃ¼gt war der Arztfragebogen des Dr. B. vom 22. Dezember 2017. Darauf, dass dem Antrag keine vertragsÃ¤rztliche Verordnung beigefÃ¼gt war, kommt es im vorliegenden Fall nicht an. Zwar ist es in der Rechtsprechung bislang umstritten, ob fÃ¼r den Leistungsanspruch bereits bei Antragstellung eine vertragsÃ¤rztliche Verordnung erforderlich ist (so Bayerisches LSG, Beschluss vom 25. Juni 2018 â [L 4 KR 119/18 B ER](#) â juris, Rn. 55 m.w.N.; gegen das Erfordernis einer vertragsÃ¤rztlichen Verordnung: LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 6. MÃrz 2018 â [L 5 KR 16/18 B ER](#) â juris, Rn. 15; s. auch Nolte, in: Kasseler Kommentar, Stand Dezember 2019, [Â§ 31 SGB V](#) Rn. 75g). Der Senat kann diese Frage hier offenlassen, da er davon ausgeht, dass beim KlÃ¤ger zwar eine schwerwiegende Erkrankung besteht, fÃ¼r diese jedoch allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen bestehen und kein Anwendungsausschluss vorliegt (hierzu sogleich).

Beim KlÃ¤ger besteht eine schwerwiegende Erkrankung im Sinne der [Â§ 27 Abs. 1 Satz 1, 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#). Der KlÃ¤ger leidet an einer chronischen SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren (Chronifizierungsgrad III nach Gerbershagen sowie Grad IV nach Korff), an einer chronischen Lumbalgie mit rezidivierender Lumboischialgie links, an einem klinischen Verdacht auf intermittierende Wurzelreizkomponente S1 links, an einem LWS-Syndrom bei degenerativer VerÃ¤nderung mit Zustand nach rezidivierenden lumbalen BandscheibenvorfÃ¤llen, an einem Analgetikafehlgebrauch, an einer AbhÃngigkeit von Analgetika bei einem Zustand nach Alkoholabusus und einem Verdacht auf Alkoholkrankheit mit schÃ¤dlichem Gebrauch von Tabak und Nikotin. Dies entnimmt der Senat der sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft der Dr. C. vom 13. Januar 2020

und ihrem Arztbrief vom 7. Februar 2019. Dr. B. hat in seiner Auskunft vom 14. Januar 2020 annähernd gleiche Diagnosen genannt. Auch Dr. V. hat das Vorliegen eines chronischen Lumbovertebralsyndroms in seiner Auskunft vom 27. Februar 2020 (unter Bezugnahme auf seinen Arztbrief vom 13. Februar 2018) bestätigt. Aus der Auskunft des Dr. H. vom 3. März 2020 folgt zudem, dass beim Kläger eine Radikulopathie im Lumbosakralbereich besteht.

Der Begriff der "schwerwiegenden Erkrankung" wird in [Â§ 31 Abs. 6 SGB V](#) nicht definiert. Dem Ausnahmecharakter der Vorschrift folgend ist von einer schwerwiegenden Erkrankung dann auszugehen, wenn es sich um eine lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung handelt (vgl. Pitz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Stand Juni 2020, [Â§ 31 SGB V](#) Rn. 125; Nolte, a.a.O., [Â§ 31](#) Rn. 75d; vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 19. September 2017 – [L 11 KR 3414/17 ER-B](#) – juris, Rn. 28). Bei den beim Kläger vorliegenden Erkrankungen handelt es sich um die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankungen. Dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Auch Dr. Sch. (Gutachten vom 22. Januar 2018), Dr. W. (Gutachten vom 23. Mai 2018 und 20. Mai 2019) und Dr. B. (Gutachten vom 30. April 2020) gelangten in ihren Gutachten, die im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden konnten (vgl. etwa BSG, Beschluss vom 14. November 2013 – [B 9 SB 10/13 B](#) – juris, Rn. 6; BSG, Urteil vom 5. Februar 2008 – [B 2 U 8/07 R](#) – juris, Rn. 51), zu der Einschätzung, dass der Kläger an einer schwerwiegenden Erkrankung im Sinne von [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) leidet.

Der Senat konnte sich aber nicht davon überzeugen, dass allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen für die beim Kläger bestehenden Erkrankungen nicht zur Verfügung stehen ([Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1a SGB V](#)). Auch besteht kein Anwendungsausschluss nach [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V](#).

Die Voraussetzung des Fehlens einer Standardtherapie knüpft an die Vorschrift des [Â§ 2 Abs. 1a SGB V](#) an ([BT-Drs. 18/8965, Seite 24](#)). Insoweit ist für die Beurteilung des Vorhandenseins einer dem medizinischen Standard entsprechenden Leistung auf die Grundsätze zur evidenzbasierten Medizin abzustellen. Die Voraussetzung (Fehlen einer Standardtherapie) ist nur dann erfüllt, wenn eine Standardtherapie tatsächlich nicht zur Verfügung steht oder sie der Versicherte nachgewiesenermaßen nicht verträgt (Pitz, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Stand Juni 2020, [Â§ 31](#), Rn. 126). Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in diesem Zusammenhang bestätigt, dass mit Blick auf die Ähnlichkeit der Normstruktur der [Â§ 31 Abs. 6, 2 Abs. 1a SGB V](#) es nicht willkürlich ([Art 3 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#)) ist, wenn sich die Fachgerichte bei der Auslegung des [Â§ 31 Abs. 6 SGB V](#) an die Rechtsprechung zu [Â§ 2 Abs. 1a SGB V](#) anlehnen (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. Juni 2018 – [1 BvR 733/18](#) – juris). Dabei ist weiter zu beachten, dass Voraussetzung für die Annahme, dass eine anerkannte Standardtherapie i.S.v. [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V](#) nicht zur Anwendung kommen kann, ist, dass aufgrund individueller Umstände der Eintritt konkret zu erwartender Nebenwirkungen aufgezeigt wird, die aufgrund einer individuellen

Abschätzung als unzumutbar anzusehen sind. Zur Begründung eines Anspruchs auf Versorgung mit Medizinal-Cannabis genügt es daher nicht, wenn nur allgemein auf die Möglichkeit des Eintritts von Nebenwirkungen bei Einsatz eines anerkannten und dem medizinischen Standard entsprechenden Arzneimittels verwiesen wird (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 20. Dezember 2018 – [L 5 KR 125/18](#) – juris, Rn. 34).

Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen ist der Senat davon überzeugt, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung i.S.v. [Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1a SGB V](#) zur Behandlung der beim Kläger vorliegenden chronischen Schmerzstellung mit somatischen und psychischen Faktoren zur Verfügung steht, die auch zur Anwendung kommen kann ([Â§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V](#)). Behandlungsziele sind die Mobilisierung und die Schmerzreduktion (vgl. zur Möglichkeit des Behandlungsziels BSG, Urteil vom 7. November 2006 – [B 1 KR 24/06 R](#) – juris, Nr. 12). Dies entnimmt der Senat dem Arztfragebogen des Dr. B. vom 22. Dezember 2017. Zur Erreichung dieser Ziele steht vorliegend eine multimodale stationäre Schmerztherapie zur Verfügung. Der Senat stützt sich hierbei auf die Auskunft der Dr. C. vom 13. Januar 2020. Diese hat nachvollziehbar und schlüssig ausgeführt, dass bei einem chronifizierten LWS-Syndrom bei degenerativen Veränderungen mit Bandscheibenvorfällen und einem Verdacht auf Wurzelreizkomponente es therapeutisch möglich ist, eine multimodale stationäre Behandlung durchzuführen. Notwendig ist danach eine individualisierte Schmerztherapie mit Physiotherapie, Akupunktur, medikamentöse Therapie unter Berücksichtigung der neuropathischen Schmerzanteile, gegebenenfalls infiltrative Therapie sowie multimodale stationäre Behandlungen. All dies entnimmt der Senat der genannten Auskunft der Dr. C. Diese hat in ihrem Arztbrief vom 7. Februar 2019 als Therapie insbesondere infiltrative Behandlungsversuche, TENS, Heilmittel Verordnungen und Akupunktur vorgeschlagen. Auch Dr. V. hat in seiner Auskunft vom 27. Februar 2020 angegeben, dass für Bandscheibenvorfälle "selbstverständlich" Standardtherapien zur Verfügung stehen. Schließlich hat auch Dr. H. in seiner Auskunft vom 3. März 2020 angegeben, dass eine Standardtherapie bei Radikulopathien ohne Lähmungen die Physiotherapie ist. Er hat dem Kläger ausdrücklich geraten, entsprechende physiotherapeutische Maßnahmen durchzuführen. In Zusammenschau der genannten sachverständigen Zeugenaussagen steht danach fest, dass allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Therapiealternativen zur Verfügung stehen, nämlich zum einen die Mitbehandlung durch einen Facharzt für Orthopädie und einem Facharzt mit dem Schwerpunkt spezielle Schmerztherapie sowie die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen eines multimodalen (stationären) Konzeptes. Auch Dr. Sch. (Gutachten vom 22. Januar 2018), Dr. W. (Gutachten vom 23. Mai 2018 und 20. Mai 2019) und Dr. B. (Gutachten vom 30. April 2020) haben auf die genannten Therapiealternativen hingewiesen.

In Auswertung und Würdigung der medizinischen Dokumentation seit 2008, der eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen und der eigenen Angaben des Klägers ist festzustellen, dass der Kläger zwar vor vielen Jahren Behandlungsversuche unternommen hat, wie z.B. ambulante und stationäre

Krankenhausbehandlungen, stationäre Rehabilitationsaufenthalte und Physiotherapiemaßnahmen. Aus dem Vorerkrankungsverzeichnis der A. St.-B. vom 3. Januar 2018 (Bl. 8 bis 11 der Verwaltungsakte der Beklagten) folgt u.a., dass der Kläger vom 1. bis 22. August 2008 in der F.klinik Bad B. wegen eines Bandscheibenschadens und eines Abhängigkeitssyndroms (Alkohol), im Februar, April, Juni und Juli 2010 im Z. fÄ¼r P. Bad S. wegen Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol und sonstigen spezifischen Persönlichkeitsstörungen, im September 2011, Juli 2012 und April 2013 im Kreiskrankenhaus N. wegen toxischer Wirkung von Ethanol und sonstige Rückenschmerzen (April 2013) sowie im Mai 2014 im Krankenhaus He. wegen toxischer Wirkung von Alkohol und Intoxikation sonstiger Arznei, Drogen und biologisch aktiver Substanzen stationär behandelt wurde. Darüber hinaus folgt aus der Bescheinigung des Physiotherapeuten Schu. vom 29. März 2019 (Bl. 25 der Senatsakte), dass der Kläger in den Jahren 2012 bis 2013 (zuletzt am 14. August 2013) physiotherapeutische Behandlungen erhalten hat. Die Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie, wie sie von Dr. C. vorgeschlagen worden ist, lässt sich dem Vorerkrankungsverzeichnis hingegen nicht entnehmen.

Im Folgenden liegen begründete Anhaltspunkte dafür, dass die genannten Therapieversuche – wie vom Kläger behauptet – entweder keine ausreichende analgetische Wirkungen hatten oder allenfalls nur kurzfristig zu Besserungen geführt haben (so der Kläger in seinem Schreiben vom 27. Februar 2019, Bl. 2/3 der Senatsakte), nicht vor. Weder aus der Vorerkrankungsbescheinigung der Beklagten vom 3. Januar 2018, noch aus der Vorerkrankungsbescheinigung vom 27. Februar 2019 (Bl. 19 der Senatsakte) geht hervor, dass der Kläger nach der Behandlung im Kreiskrankenhaus N. im April 2013 wegen Rückenschmerzen stationär behandelt worden ist. Danach fand die letzte stationäre Behandlung wegen Rückenschmerzen vom 2. bis 5. April 2013 statt. Zuvor wurde der Kläger lediglich am 4. und 5. September 2011 wegen lumbalen und sonstigen Bandscheibenschäden mit Radikulopathie stationär behandelt. All dies entnimmt der Senat den genannten Vorerkrankungsbescheinigungen der Beklagten. Die sonstigen stationären Behandlungen (zuletzt im Mai 2014) waren überwiegend durch Störungen durch Alkohol bedingt. Seither fand weder eine Rehabilitationsmaßnahme noch eine stationäre Krankenhausbehandlung statt. Der Kläger wurde vielmehr allein hausärztlich durch Dr. B. behandelt, was sich aus seiner Auskunft vom 14. Januar 2020 ergibt. Erst während des Verwaltungsverfahrens hat der Kläger den Facharzt fÄ¼r Orthopädie Dr. V. (am 13. Februar 2018), den Facharzt fÄ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr. H. (am 8. März 2018) und während des Klageverfahrens die Fachärztin fÄ¼r Anästhesie und spezielle Schmerztherapie Dr. C. (am 30. Januar 2019) aufgesucht. Dies ergibt sich aus den im Berufungsverfahren eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen der genannten Ärzte. Hierbei handelte es sich jeweils um eine einmalige Vorstellung mit dem Ziel, Cannabis verordnet zu bekommen. Auch dies entnimmt der Senat den Antworten der genannten sachverständigen Zeugen. Danach wurde der Kläger vor mehr als sieben Jahren, nämlich im April 2013, stationär wegen Rückenleiden behandelt. Auch bei Dr. M. und Dr. Ki. vom Klinikum S., die der Kläger im April 2019 aufgesucht hat, findet – nach seinen eigenen Angaben –

keine Behandlung statt.

Soweit Dr. B. in seiner Auskunft vom 14. Januar 2020 ausgeführt hat, dass die therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infiltrationen und physikalische Therapien) zu keiner Verbesserung geführt hätten, überzeugt dies den Senat nicht. Denn nach den vorliegenden Unterlagen fand zuletzt im Jahr 2013 eine physikalische Therapie statt. Aus einer damaligen frustrierten Erfahrung des Klägers lässt sich nicht der Schluss ziehen, dass der Kläger aktuell – wie von Dr. C. vorgeschlagen – von einer multimodalen Schmerztherapie (mit physikalischen Maßnahmen) nicht profitieren würde. Nach den Angaben von Dr. C. in ihrem Arztbrief vom 7. Februar 2019 lehnt der Kläger ein multimodales stationäres Vorgehen ab, weil er aktuell keine Behandlungsmotivation hat bzw. sein Haus und seine (17 Jahre alte) Katze nicht verlassen möchte. Im Verwaltungsverfahren hat er gegenüber der Beklagten angegeben, er habe kein Fahrzeug, so dass die Belastung durch die Termineinhaltung bei jedem Wetter höher sei als der Heilerfolg. Diese privaten Beweggründe bieten jedoch keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass die hier mögliche multimodale stationäre Schmerztherapie mit physikalischen Maßnahmen im Fall des Klägers aufgrund von Nebenwirkungen oder unter Berücksichtigung seines Krankheitszustandes nicht zur Anwendung kommen kann. Bei einem stationären Aufenthalt käme auch das Argument des Klägers, die Termineinhaltung sei wegen eines fehlenden Fahrzeugs schwierig und gefährde den Heilerfolg, nicht zum Tragen. Soweit Dr. B. in seiner Auskunft vom 14. Januar 2020 (und in seiner Bescheinigung vom 21. Januar 2019) darauf hingewiesen hat, dass aufgrund der Alkoholkrankheit eingeschränkte Therapiemöglichkeiten wegen der Leberveränderung bestehen, führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Denn er hat weder in seinem Arztfragebogen vom 22. Dezember 2017 noch in seiner Auskunft vom 14. Januar 2020 dargelegt, dass aufgrund individueller Umstände der Eintritt konkret zu erwartender Nebenwirkungen zu befürchten ist, die aufgrund einer individuellen Abschätzung als unzumutbar anzusehen sind, zumal davon auszugehen ist, dass physikalische Therapien zur Mobilisation keinen Einfluss auf die Leberwerte haben. Darüber hinaus verordnet Dr. B. dem Kläger seit Jahren opiothaltige Medikamente, so dass er bei der Schmerzmedikation ohnehin die Leberveränderungen berücksichtigen muss. Insoweit geht auch er von zwar eingeschränkten, aber vorhandenen Therapiealternativen aus.

Der Senat weist lediglich ergänzend darauf hin, dass der Umstand, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Erreichung der Behandlungsziele zur Verfügung steht, auch dazu führt, dass die Voraussetzungen des [Â§ 2 Abs. 1a SGB V](#) nicht erfüllt sind (vgl. hierzu Axer, in: Becker/Kingreen, Kommentar zum SGB V, 7. Aufl. 2020, Â§ 31 Rn. 64).

bb) Auf die Genehmigungsfiktion nach [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) (in der hier anzuwendenden vom 26. Februar 2013 bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung des Art. 2 Nr. 1 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013, [BGBl. I, S. 277](#)) kann der Kläger sein Erstattungsbegehren ebenfalls nicht erfolgreich stützen.

Danach hat die Krankenkasse $\ddot{A}$ ber einen Antrag auf Leistungen z $\ddot{A}$ gig, sp $\ddot{A}$ testens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in F $\ddot{A}$ llen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von f $\ddot{A}$ nf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme f $\ddot{A}$ r erforderlich h $\ddot{A}$ lt, hat sie diese unverz $\ddot{A}$ glich einzuholen und die Leistungsberechtigten hier $\ddot{A}$ ber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 1 bis 3). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 (zahn $\ddot{A}$ rztliches Gutachterverfahren) nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gr $\ddot{A}$ nde rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 5 bis 7).

Die Beklagte hat vorliegend die Frist des [\$\ddot{A}\$ § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) gewahrt. Der Antrag des Kl $\ddot{A}$ gers ist am 28. Dezember 2017 bei der Beklagten eingegangen. Sie hat ihm mit Schreiben vom 3. Januar 2018 unverz $\ddot{A}$ glich unterrichtet, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme f $\ddot{A}$ r erforderlich h $\ddot{A}$ lt und entschied nach Eingang des Gutachtens des MDK vom 22. Januar 2018 innerhalb der F $\ddot{A}$ nf-Wochenfrist, die am 1. Februar 2018 endete ([\$\ddot{A}\$ § 26 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i.V.m. [\$\ddot{A}\$ § \$\ddot{A}\$ § 187 Abs. 1](#), [188 Abs. 2](#) B $\ddot{A}$ rgerliches Gesetzbuch (BGB)), am 26. Januar 2018.

b) Die Voraussetzungen gem $\ddot{A}$ ß [\$\ddot{A}\$ § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) f $\ddot{A}$ r eine zuk $\ddot{A}$ ftige Versorgung mit Cannabisbl $\ddot{A}$ ten (Produkthandsname: Bedrocan) mit einer Tagesdosis von 0,5 g liegen nach den Darlegungen unter Ziff. 3 a bb) auch bis zum Zeitpunkt der m $\ddot{A}$ ndlichen Verhandlung nicht vor. Denn aus den bereits genannten sachverst $\ddot{A}$ ndigen Zeugenaussagen von Dr. C., Dr. V. und Dr. H. folgt, dass der Kl $\ddot{A}$ ger jeweils nur einmalig bei ihnen vorstellig war, sodass weiterhin davon auszugehen ist, dass er keine multimodale (station $\ddot{A}$ re) Schmerztherapie als allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung in Anspruch nimmt. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die obigen Ausf $\ddot{A}$ hrungen Bezug genommen.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [\$\ddot{A}\$ § 193 Abs. 1 Satz 1](#), [Abs. 4 SGG](#).

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gr $\ddot{A}$ nde hierf $\ddot{A}$ r (vgl. [\$\ddot{A}\$ § 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Erstellt am: 03.11.2020

Zuletzt ver $\ddot{A}$ ndert am: 23.12.2024