L 4 KR 3545/22

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4.
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 13 KR 946/21
Datum
16.11.2022
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 3545/22
Datum
27.01.2025
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 16. November 2022 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Versorgung des Klägers mit Cannabisblüten streitig.

Der 1964 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte Kläger leidet an einer chronifizierten Depression. Am 5. März 2020 beantragte er die Übernahme der Kosten für eine Behandlung mit Cannabisblüten und führte aus, mit einer konventionellen antidepressiven Medikation habe sich sein Zustand nur verschlechtert, weshalb die behandelnden Neurologen die Therapie mit Cannabisblüten befürworteten. Er legte die Privatverordnung des R1 vom 3. März 2020 für Cannabisblüten (unzerkleinert, Sorte Bakerstreet, 10 g) nebst Anweisung für den Gebrauch sowie den Arztbrief des W1, vom 18. November 2019 mit einem handschriftlichen Vermerk des A1, vom 5. März 2020 („Starke Befürwortung von Cannabis-Blüten zur Behandlung des psychiatrischen Geschehens! Psychopharmaka ohne positiv ausreichenden Erfolg.“) vor. Nachdem der Kläger das erbetene Formblatt „Cannabinoide nach § 31 Abs. 6 SGB V“ trotz Erinnerungen nicht vorlegte und der hinzugezogene B1 vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B2 (MDK) ausweislich seiner Ausführungen vom 6. April 2020 eine sachgerechte gutachtliche Stellungnahme ohne die entsprechenden Angaben nicht für möglich hielt, lehnte die Beklagten den Antrag mit Bescheid vom 23. April 2020 mangels Mitwirkung ab.

Im weiteren Verlauf legte der Kläger das unter dem 6. Mai 2020 durch A1 ausgefüllte Formblatt „Cannabinoide nach § 31 Abs. 6 SGB V“ vor. Danach sei die Verordnung von Cannabisblüten der Sorte Bedrocan (einmal täglich 1 g zum Inhalieren mittels Verdampfer) für die Behandlung einer chronifizierten Depression vorgesehen, da zahlreiche Antidepressiva ohne Erfolg geblieben seien. Mit den in Eigenregie erprobten Cannabisblüten sei eine deutliche Besserung der Depression eingetreten. Ein Hinweis auf eine Suchtentwicklung bestehe nicht. Es liege eine schwerwiegende Erkrankung vor, da eine deutliche Einschränkung von Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität bestehe. Es bestehe eine komplexe Überforderungssituation, physisch wie psychisch. Auf die Frage, welche Therapie bisher mit welchem Erfolg durchgeführt worden sei, gab er an, zahlreiche Antidepressiva, zuletzt Sertralin. Zur Frage, ob es allgemein anerkannte und dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungsalternativen gebe, führte er aus, „nein, alle erfolglos durchgeführt“. Die Beklagte zog erneut den MDK hinzu, wobei B3 ausweislich seines sozialmedizinischen Gutachtens vom 15. Mai 2020 die Kostenübernahme nicht befürwortete. Im Sinne des § 31 Abs. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) liege zwar eine schwerwiegende Erkrankung vor, jedoch könne nicht bestätigt werden, dass keine dem medizinischen Standard entsprechende Therapiealternativen mehr zur Verfügung stünden. Die nach den Angaben der Behandler versuchten medikamentösen Behandlungsformen seien nicht dezidiert genannt worden und aus den Leistungsdaten der Beklagten sei nicht ersichtlich, dass seit 2017 im Rahmen der Pharmakotherapie verschiedene Antidepressiva aus der in der aktuellen S3-Versorgungsleitlinie Unipolare Depression aufgeführten Wirkstoffgruppen verordnet worden seien. Aus den Verordnungsdaten sei allein die Verordnung der antidepressiven Substanzen Johanniskraut und Sertralin Ende 2019 ersichtlich. Auch Psychotherapie sei in den letzten Jahren nicht erfolgt. Eine begründete Einschätzung der behandelnden Ärzte unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Klägers, warum auch eine in der Leitlinie aufgeführte Therapiealternative nicht zur Anwendung kommen könne, liege nicht vor. Schließlich lägen auch keine Hinweise darauf vor, dass Cannabinoide bei einer chronifizierten mittelschweren bis schweren Depression den Verlauf und die Ausprägung bei akzeptabler Verträglichkeit spürbar positiv beeinflussen könnten. So finde sich in der von A1 angegebenen Literatur in der Diskussion der Autoren bemerkenswerterweise die abschließende Anmerkung, dass es

wahrscheinlich keinen Platz für die Behandlung mit medizinischem Cannabis bei Patienten mit einer Depression gebe.

Mit Bescheid vom 18. Mai 2020 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten für Cannabisblüten ab, da nach Prüfung durch den MDK die gesetzlichen Voraussetzungen (nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome, alternative vertragliche Behandlung nicht möglich) für eine Verordnung zu ihren Lasten nicht erfüllt seien.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch und verwies zur Begründung auf das vorgelegte Attest des A1 vom 8. Juni 2020, in dem dieser ausführte, dass er den Kläger seit längerem kenne und er ihn immer wieder mit bekannten Antidepressiva behandelt habe, ohne dass sich ein positiver Erfolg eingestellt habe. Der Kläger habe dann von sich aus und auf eigene Kosten Cannabisblüten erprobt und damit eine deutliche Linderung und Besserung seiner Depressionen erfahren. Ein Hinweis auf eine Suchtentwicklung ergebe sich nicht. Die Einschätzung des MDK sei daher fehlerhaft. Die Beklagte zog erneut den MDK hinzu, wobei sich B1 in seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 11. August 2020 ebenso wie der Vorgutachter äußerte. Mit Widerspruchsbescheid vom 18. März 2021 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 19. April 2021 beim Sozialgericht Ulm (SG) Klage. Er verwies auf das Attest des A1 vom 8. Juni 2020 und machte geltend, die üblichen Antidepressiva hätten nicht die gewünschte Wirkung entfaltet, weshalb er Cannabisblüten auf Privatrezept aus eigener Tasche bezahlt und damit eine deutliche Linderung seiner Krankheit erfahren habe. Der MDK habe die Übernahme der Kosten nur aus formellen Gründen abgelehnt, ohne explizit auf die zur Verfügung stehenden Standardarzneimittel einzugehen. Dass die Begründung des behandelnden Arztes fehlerhaft sei, werde nicht behauptet. Dieser habe in seiner Bescheinigung zwar nicht alle verfügbaren Antidepressiva aufgezählt, er habe sich jedoch darauf beschränken dürfen, mitzuteilen, dass mit der Standardbehandlung kein Erfolg erzielt worden sei.

Die Beklagte trat der Klage unter Aufrechterhaltung ihres Standpunktes entgegen. Sie legte einen Auszug aus ihrer Leistungsdatei seit 2017 vor.

Das SG hörte A1 schriftlich als sachverständigen Zeugen an, der in seiner Auskunft vom 22. Februar 2022 berichtete, den Kläger seit 25. September 2019 wegen eines depressiven Krankheitsbildes mit erheblicher Einschränkung der Lebensqualität mit psychosomatisch gefärbtem antriebsarmem Verhalten zu behandeln. Seither sei ausschließlich durch die THC-Cannabis-Gabe eine Verbesserung eingetreten. Frühere antidepressive Medikamente hätten niemals geholfen. Der Kläger sei immer wieder, von ihm und auch früher von anderen Ärzten mit Antidepressiva eingestellt worden, ohne dass sich eine Besserung des depressiven Geschehens ergeben habe. Psychotherapie sei immer wieder gemacht worden. Er habe den Kläger zum Psychotherapeuten überwiesen. Seiner Auskunft legte er verschiedene Arztbriefe und Aktennotizen bei.

Mit Gerichtsbescheid vom 16. November 2022 wies das SG die Klage ab, da die Voraussetzungen des § 31 Abs. 6 SGB V nicht erfüllt seien. Das SG unterstellte, dass beim Kläger eine schwerwiegende Erkrankung vorliege, er allerdings die Voraussetzungen des § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 SGB V nicht erfülle, da zur Behandlung der Depression und Angststörung eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung stehe und auch zur Anwendung kommen könne. Eine begründete Einschätzung, warum Standardtherapien nicht zur Anwendung kommen könnten, liege nicht vor. Die Gutachter des MDK hätten in ihren Stellungnahmen die nach der gültigen S3-Versorgungsleitlinie Unipolare Depression möglichen Behandlungsstrategien einer Pharmakotherapie mit zehn unterschiedlichen Wirkstoffgruppen sowie Psychotherapie aufgezeigt. Demgegenüber habe A1 lediglich in absoluter Pauschalität geschildert, dass ausschließlich durch die Cannabisgabe eine Verbesserung eingetreten sei, ohne die konkreten Medikamente nach Verordnungszeitraum und Dosierung zu benennen. Auch im Verwaltungsverfahren habe er lediglich auf „zahlreiche Antidepressiva“ verwiesen, ohne diese zu benennen. Im Arztbrief vom 5. März 2020 finde sich lediglich der pauschale Verweis auf verschiedene Medikationen, zuletzt Sertralin, ohne ausreichenden Erfolg, ohne dass die vorherigen Medikamente benannt würden. Eine Abwägung, warum die begonnene Therapie mit Sertralin (einmalige Verordnung von 20 Tabletten) ausreichend, aber ohne Erfolg gewesen sei und die anderen acht in der Leitlinie genannten Wirkstoffgruppen nicht in Betracht kämen, habe nicht stattgefunden. Es fehle deshalb schon an einer ausreichend nachvollziehbaren Begründung der Abwägungsentscheidung. Die pauschale Abwägungsentscheidung des A1 erweise sich durch die vorgelegten Arztbriefe und die Leistungsübersicht der Beklagten im Übrigen als unplausibel. Denn zu den Verordnungen finde sich für den Zeitraum vom 25. Juli 2017 bis zur Antragstellung nur ein einmaliger Einsatz von Johanniskraut am 24. Oktober 2019 (100 Tabletten) und am 12. November 2019 von Sertralin (20 Tabletten). Damit könnten weder „zahlreiche“ Antidepressiva nachvollzogen werden, noch, warum der Einsatz von Sertralin und Johanniskraut nach einmaliger Verordnung ohne Validierung in den Arztbriefen beendet worden sei. Allerdings finde sich im Arztbrief vom 12. November 2019 der Hinweis, dass der Kläger ausschließlich mit Naturheilmitteln behandelt werden möchte, woraus deutlich werde, dass der eigentliche Grund der Nichtanwendung von Standardtherapien die Haltung des Klägers gegen Standardtherapien sei und nicht die behauptete Unwirksamkeit.

Gegen den seinem Prozessbevollmächtigten am 23. November 2022 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 18. Dezember 2022 beim SG Berufung eingelegt und vorgetragen, er bekomme weiterhin Cannabis verordnet, bezahle dieses selbst und komme auf diese Weise gut klar mit seiner Krankheit. Das Sachverständigengutachten könne also nicht richtig sein, da sein Arzt sonst ein Gehilfe zum BtM-Missbrauch wäre. Entgegen der Ansicht des SG liege im Übrigen eine „begründete Einschätzung“ der behandelnden Ärzte vor; hiervon sei „formal“ auch der MDK im Gutachten vom 15. Mai 2020 ausgegangen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 16. November 2022 sowie den Bescheid der Beklagten vom 18. Mai 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. März 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Genehmigung der vertragsärztlichen Verordnung von Cannabisblüten der Sorte Bedrocan, 1 g pro Tag zur Inhalation zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf die Verfahrensakten des SG und des Senats sowie die Verwaltungsakte der Beklagten.

Entscheidungsgründe

1. Die nach § 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß § 153 Abs. 2 i.V.m. § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig, insbesondere statthaft gemäß §§ 105, 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG. Denn er begehrt mit der Versorgung mit Cannabisblüten nach ärztlicher Verordnung laufende Leistungen für mehr als ein Jahr.

2. Das klägerische Begehren (§ 123 SGG) ist auf die Erteilung der von der Beklagten versagten Genehmigung der vertragsärztlichen Verordnung von Cannabisblüten als Voraussetzung für einen Sachleistungsanspruch nach § 31 Abs. 6 Satz 1 und 2 SGB V gerichtet. Sowohl die Ablehnung der begehrten Genehmigung als auch ihre Erteilung sind Verwaltungsakte (§ 31 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch). Hierfür ist die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 56 SGG) die statthafte Klageart (BSG, Urteil vom 10. November 2022 – B 1 KR 21/21 R – juris, Rn. 19). Streitbefangen ist der die Genehmigung ablehnende Bescheid der Beklagten vom 18. Mai 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. März 2021 (§ 95 SGG).

3. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 18. Mai 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. März 2021 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Genehmigung der Versorgung mit Cannabisblüten zur Inhalation mit einer Tagesdosis von 1,0 g.

a) Rechtsgrundlage der begehrten Genehmigung für die vertragsärztliche Verordnung von Cannabisblüten ist § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 31 Abs. 6 SGB V. Nach § 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 verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst gemäß § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V auch die Versorgung mit Arzneimitteln (§ 31 SGB V). Gemäß § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V haben Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standarisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon, wenn (1.) eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht (a) 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 kann, (2.) eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht. Die Leistung bedarf 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 ist (§ 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V).

b) Der Kläger leidet zwar an einer schwerwiegenden Erkrankung i.S. von § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V (hierzu aa). Der Senat konnte sich aber nicht davon überzeugen, dass allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen für die beim Kläger bestehende Erkrankung nicht zur Verfügung stehen (§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1a SGB V). Auch besteht kein Anwendungsausschluss nach § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V (hierzu bb).

aa) Anhaltspunkte für die Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung des Klägers sind nach den medizinischen Ermittlungen im Verwaltungs- und Klageverfahren nicht ersichtlich. Die Annahme einer schwerwiegenden Erkrankung erfordert, dass die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt ist. Maßgebend dafür sind die durch die Erkrankung hervorgerufenen Funktionsstörungen und -verluste, Schmerzen, Schwäche und Hilfebedarfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, die sich durch ihre Schwere vom Durchschnitt der Erkrankungen abheben müssen. Ein Grad der Schädigung (GdS) bzw. Grad der Behinderung (GdB) von 50 für die mit Cannabis zu behandelnden Erkrankungen nach der GdS-Tabelle aus Teil 2 der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) kann dafür als Anhaltspunkt dienen, ist aber nicht als starrer Grenzwert zu verstehen. Entscheidend sind die in der GdS-Tabelle enthaltenen Kriterien zur Schwere der Beeinträchtigungen aufgrund der Auswirkungen einer Erkrankung (ausführlich dazu BSG, Urteil vom 10. November 2022 – B 1 KR 21/21 R – juris, Rn. 22 m.w.N.). Zudem hat das BSG entschieden (Urteil vom 10. November 2022 – B 1 KR 19/22 R – Rn. 16), dass dann, wenn die Auswirkungen der mit Cannabis zu behandelnden Erkrankung nicht die Schwere des Einzel-GdS von 50 erreicht, die Annahme einer nachhaltigen Beeinträchtigung der Lebensqualität nicht ausgeschlossen ist. Soll Cannabis zur Behandlung mehrerer Erkrankungen oder Symptome eingesetzt werden, ist auf deren Gesamtauswirkungen abzustellen. Schränken sich gegebenenfalls überschneidende und/oder einander wechselseitig verstärkende Auswirkungen die Lebensqualität insgesamt in einer einem Einzel-GdS 50 vergleichbaren Schwere ein, kann grundsätzlich auch vom Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung ausgegangen werden. Sie kommt im Einzelfall in Betracht, etwa wenn ihre Auswirkungen aufgrund weiterer Erkrankungen, zu deren Behandlung kein Einsatz von Cannabis geplant ist, schwerer wiegen oder die Teilhabe am Arbeitsleben oder in einem anderen Bereich besonders einschränken.

Der Kläger leidet an einer chronifizierten mittelschweren bis schweren Depression mit Antriebsstörung, Stimmungsschwankungen und sozialem Rückzug. Es liegt ein angstbesetztes, depressives und psychosomatisch gefärbtes Krankheitsbild vor, das zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität und auch der Arbeitsfähigkeit führt. Dabei kann von einer schwerwiegenden Erkrankung im o.g. Sinne ausgegangen werden. Der Senat stützt sich hierbei auf die MDK-Gutachten des B3 und des B1 vom 15. Mai 2020 bzw. 11. August 2020, die im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden konnten (vgl. etwa BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – B 1 KR 29/13 R – juris, Rn. 19; 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; zur Heranziehbarkeit als gerichtliche Entscheidungsgrundlage: BSG, Beschluss vom 22. Dezember 2021 – B 5 R 175/21 B – juris, Rn. 7; Urteil vom 12. Dezember 2000 – B 3 P 5/00 R – juris, Rn. 13). Diese gingen übereinstimmend davon aus, dass sich die aus der depressiven Erkrankung abzuleitende Symptomatik im Sinne der genannten Regelung als eine schwerwiegende Erkrankung darstellt. Auch A1 ging

ausweislich seiner Ausführungen im Formblatt „Cannabinoide nach § 31 Abs. 6 SGB V“ vom Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung aus.

bb) Die Genehmigung einer Cannabis-Verordnung setzt jedoch voraus, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung entweder nicht zur Verfügung steht (§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1a SGB V) oder im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes nicht zur Anwendung kommen kann (§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V). Beide alternativ zu betrachtenden Voraussetzungen sind beim Kläger nicht erfüllt.

Die Voraussetzung des Fehlens einer Standardtherapie knüpft an die Vorschrift des § 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. Eine Standardtherapie steht nicht zur Verfügung, wenn es sie generell nicht gibt, sie im konkreten Einzelfall ausscheidet, weil der Versicherte sie nachgewiesenermaßen nicht verträgt oder erhebliche gesundheitliche Risiken bestehen oder sie trotz ordnungsgemäßer Anwendung im Hinblick auf das beim Patienten angestrebte Behandlungsziel ohne Erfolg geblieben ist (BSG, Urteil vom 10. November 2022 – B 1 KR 21/21 R – juris, Rn. 28 m.w.N.; zuletzt Urteil vom 20. März 2024 – B 1 KR 24/22 R – juris, Rn. 14). Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in diesem Zusammenhang bestätigt, dass mit Blick auf die Ähnlichkeit der Normstruktur der §§ 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 § 31 Abs. 6 SGB V an die Rechtsprechung zu § 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. § 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 (Senatsurteil vom 26. Februar 2021 – L 4 KR 1701/20 – juris, Rn. 31 m.w.N.).

aa) Standardtherapien zur Behandlung einer Depression stehen tatsächlich zur Verfügung. Dies entnimmt der Senat den MDK-Gutachten von B3 und B1 vom 15. Mai 2020 bzw. 11. August 2020, die der Senat - wie bereits dargelegt - im Wege des Urkundenbeweises verwerten konnte. Auch der behandelnde A1 geht davon aus, dass Standardtherapien zur Verfügung stehen.

So sieht die S3-Leitlinie „Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ (AWMF-Leitlinien-Register, Registernummer nvl-005, Version 3.2, 2022, S. 66 f.) bei einer mittelgradigen bis schweren Depression psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Maßnahmen vor. Dabei steht eine große Zahl von in Deutschland zugelassenen Medikamenten zur Verfügung, die je nach ihrer Strukturformel oder ihrem spezifischen Wirkmechanismus in verschiedene Klassen unterteilt werden: Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI), Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI), Alpha2-Rezeptor-Antagonisten, Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI) bzw. Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA), Monoaminooxidase-Inhibitoren (MAO-Hemmer), Trazodon, Tianeptin, Bupropion, Agomelatin, Lithiumsalze, Esketamin und Johanniskraut.

Dass für den Kläger keine dieser Standardtherapien zur Verfügung stehen, weil im Hinblick auf das angestrebte Behandlungsziel pharmakologische Maßnahmen aus sämtlichen Klassen ohne Erfolg geblieben sind, ist nicht festzustellen. Ausweislich der von der Beklagten vorgelegten Abrechnungsdaten wurden beim Kläger aus den aufgeführten Klassen lediglich am 24. Oktober 2019 Johanniskraut und am 12. November 2019 Sertralin (SSRI) verordnet. Welche weiteren Substanzen beim Kläger zum Einsatz kamen, ist nicht ersichtlich. Im Fragebogen „Cannabinoide nach § 31 Abs. 6 SGB V“ führte A1 lediglich das von ihm verordnete Sertralin („zuletzt“) auf und nahm im Übrigen nur ganz allgemein Bezug auf „zahlreiche Antidepressiva“, die erfolglos zum Einsatz gekommen seien. Auch im Rahmen seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge vom 22. Februar 2022 benannte er weder weitere von ihm eingesetzte Substanzen noch von Vorbehandlern des Klägers früher eingesetzte Medikamente. Insoweit führte er lediglich aus, dass der Kläger immer wieder, auch früher von anderen Ärzten mit Antidepressiva eingestellt worden sei, die Medikamente jedoch „niemals geholfen“ hätten. Die konkret eingesetzten Medikamente nannte er nicht. Auch der Kläger äußerte sich hierzu im Laufe des Verfahrens nicht, insbesondere auch nicht im Berufungsverfahren, obwohl durch die Ausführungen des SG in dem angefochtenen Gerichtsbescheid die Bedeutung um das Wissen der eingesetzten Standardtherapien hinreichend deutlich zum Ausdruck kam. Denn ohne konkrete Benennung der tatsächlich versuchten pharmakologischen Maßnahmen ist nicht festzustellen, ob sämtliche in Frage kommenden Standardtherapien auch tatsächlich eingesetzt wurden und ohne Erfolg geblieben sind. Die insoweit bestehenden Zweifel werden noch dadurch verstärkt, dass im Arztbrief des W1 vom 18. November 2019 (Bl. 56 f. SG-Akte) ausgeführt ist, dass der Kläger ausschließlich antidepressiv mit Naturheilmittel behandelt werden möchte.

bb) Wenn – wie vorliegend – allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen zur Verfügung stehen, kommt ein Anspruch auf Versorgung mit Cannabisblüten nur in Betracht, wenn die Voraussetzungen des § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V vorliegen, also diese Leistungen 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 können. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Eine diese Annahme stützende begründete Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes i.S.d. Nr. 1b liegt nicht vor.

(1) Krankenkassen und Gerichte dürfen die vom Vertragsarzt abgegebene begründete Einschätzung nur daraufhin überprüfen, ob die erforderlichen Angaben als Grundlage der Abwägung vollständig und inhaltlich nachvollziehbar sind, und das Abwägungsergebnis nicht völlig unplausibel ist. Die dem Vertragsarzt eingeräumte Einschätzungsprärogative schließt eine weitergehende Prüfung des Abwägungsergebnisses auf Richtigkeit aus. Insbesondere steht es Krankenkassen und Gerichten nicht zu, die Anwendbarkeit einer verfügbaren Standardtherapie selbst zu beurteilen und diese Beurteilung an die Stelle der Abwägung des Vertragsarztes zu setzen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den der Abwägung zugrundeliegenden Tatsachen, die maßgeblich für die Frage sind, ob eine Standardtherapie zur Anwendung kommen kann, und der Abwägung selbst. Der Vertragsarzt hat dabei zunächst die zu erwartenden oder bereits aufgetretenen Nebenwirkungen der zur Verfügung stehenden, allgemein anerkannten und dem medizinischen Standard entsprechenden Leistungen und den Krankheitszustand darzustellen. Der Krankheitszustand ist mit den bestehenden Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen aufgrund eigener Untersuchung des Patienten und gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Befunden anderer behandelnder Ärzte zu beschreiben. Hierzu gehört auch ein eventueller Suchtmittelgebrauch in der Vergangenheit sowie das Bestehen oder

der Verdacht einer Suchtmittelabhängigkeit. Der Vertragsarzt muss die mit Cannabis zu behandelnde(n) Erkrankung(en), ihre Symptome und das angestrebte Behandlungsziel sowie die bereits angewendeten Standardbehandlungen, deren Erfolg im Hinblick auf das Behandlungsziel und dabei aufgetretene Nebenwirkungen benennen. Der Vertragsarzt kann dazu auch seine Patientendokumentation und die Befunde anderer behandelnder Ärzte der begründeten Einschätzung beifügen und auf diese verweisen (BSG, Urteil vom 10. November 2022 – B 1 KR 28/21 R – juris, Rn. 33, 37). An die begründete Einschätzung sind hohe Anforderungen zu stellen (BSG, Urteil vom 20. März 2024 – B 1 KR 24/22 R – juris, Rn. 20 ff.). § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V stellt klar, dass es zwar auf die Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes ankommt, ob Cannabis die verbleibende Behandlungsalternative ist. Die Beachtlichkeit seiner Einschätzung ist aber an das Erfordernis einer von ihm zu erbringenden Begründung gebunden, die eine Prüfung ihrer objektiven Grundlagen ermöglicht (BSG, Urteil vom 10. November 2022 – B 1 KR 28/21 R – juris, Rn. 24, 28).

(2) Diesen Anforderungen genügen die Ausführungen des A1 (Arztfragebogen „Cannabinoide nach § 31 Abs. 6 SGB V“ vom 6. Mai 2020, Auskunft als sachverständiger Zeuge vom 22. Februar 2022) nicht. Er traf damit bereits keine begründete Einschätzung in dem oben dargelegten Sinn. Er stellte nicht die zur Verfügung stehenden medikamentösen Standardtherapien und auch nicht die vom Kläger jeweils konkret eingesetzten Antidepressiva nach Dauer und Dosierung sowie den jeweils erzielten Wirkungen dar. Für den Zeitraum vor Behandlungsbeginn (25. September 2019) teilte er im Übrigen auch keine eigenen bzw. Feststellungen oder Einschätzungen von Vorbehandlern mit und bezog sich offenbar allein auf die eigenen Angaben des Klägers ihm gegenüber. So führte er in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge aus, er habe mehrfach mit dem Kläger über von anderen Ärzten eingeleitete Medikationen gesprochen und diese hätten keine Besserung erbracht. Medizinische Unterlagen hierzu lagen A1 offenbar nicht vor. Denn seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge fügte er zwar zahlreiche eigene Arztbriefe und Aktennotizen bei, jedoch keinerlei medizinische Unterlagen von früheren Behandlern des Klägers.

(3) Eine den obigen Anforderungen entsprechende begründete Einschätzung hat der Kläger im Laufe des Verfahrens auch nicht nachgereicht.

(4) Im Hinblick auf die Ausführungen des Klägers im Berufungsverfahren ist darauf hinzuweisen, dass für den geltend gemachten Anspruch auf Versorgung mit Cannabis nicht von Bedeutung ist, ob mit der selbstbeschafften Leistung Behandlungserfolge erzielt werden konnten. Maßgeblich ist allein die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen des § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V, die beim Kläger – wie dargelegt – nicht vorliegen. Soweit er meint, durch die Versagung der begehrten Versorgung mit Cannabisblüten erscheine sein Arzt als „Gehilfe zum BtM-Missbrauch“, ist dies nicht nachvollziehbar. Insoweit verkennt der Kläger, dass Cannabisblüten grundsätzlich verordnungsfähig sind, dies zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nur unter den besonderen Voraussetzungen des § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V der Fall ist.

(5) Ergänzend wird im Hinblick auf die mit Wirkung zum 27. Juli 2023 durch Art. 2 Nr. 1 Buchst. d des Gesetzes zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz – ALBVVG) vom 19. Juli 2023 (BGBl. I 2023, Nr. 197, S. 1 ff.) in § 31 SGB V eingefügte Regelung des Abs. 7, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 1. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V das Nähere zu einzelnen Facharztgruppen und den erforderlichen ärztlichen Qualifikationen regelt, bei denen der Genehmigungsvorbehalt nach § 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V entfällt, darauf hingewiesen, dass eine Verordnung durch den B1 A1 R1 zwischenzeitlich auch ohne Genehmigung in Betracht kommt (vgl. § 45 Abs. 3 i.V.m. Anlage XI Arzneimittel-Richtlinie <AMRL> in der ab 17.Oktober 2024 geltenden Fassung; vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 18. Juli 2024 [BAnz AT 16. Oktober 2024 B3]). Jedoch setzt die genehmigungsfreie vertragsärztliche Verordnung auch weiterhin die Erfüllung der – hier nicht vorliegenden – Voraussetzungen des § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 3 AMRL voraus.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG.

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. § 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-05-21