
Datum: 22.01.2016
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 8. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 8 KR 435/14
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2016:0122.S8KR435.14.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Der Bescheid vom 28.11.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.04.2014 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, die Kosten für die monatliche Versorgung des Klägers mit 56 g Cannabisblüten entsprechend der ärztlichen Verordnung des behandelnden Arztes aus vom 05.09.2013 zu tragen. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten über die Kostenübernahme für Medizinal-Cannabisblüten. 2

Der am XXX geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Kläger erhielt am 30.08.2013 von der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vorab die telefonische Mitteilung, dass er eine Ausnahmeerlaubnis nach §3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) zum Erwerb von Medizinal-Cannabisblüten im Rahmen einer ärztlich begleiteten Selbsttherapie erhalten werde. Der Kläger beantragte daraufhin am 09.09.2013 bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für Cannabisblüten. Dem Antrag lag ein Schreiben des behandelnden Arztes XXX aus bei, der ausführte, dass der Kläger über 4 Wochen einen Bedarf von 56g Cannabisblüten habe. Dies verursache laut eines Kostenvoranschlags der in Kosten in Höhe von 1356,99 EUR. Das sei vom Kläger nicht finanzierbar. Aufgrund des nach einem schweren Badeunfalls mit mehrfacher Halswirbelsäulenkörperfraktur und schweren Nachfolgeschäden irreversibel entstandenen schweren chronischen Schmerzzustandes sei eine Behandlung mit Cannabisblüten dringend 3

erforderlich.

Mit Schreiben vom 13.09.2013 wandte sich die Beklagte an den Kläger und führte folgendes aus: Der Kläger habe zwar eine Sondergenehmigung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte erhalten und könne so unter Betreuung seines Arztes Cannabisblüten über eine bestimmte Apotheke unter Überwachung der Behörde zur Selbstbehandlung beziehen. Damit werde aber lediglich die juristische Strafverfolgung des Betäubungsmittelgesetzes ausgesetzt. Die Genehmigung sage jedoch nichts über die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Die Rechtslage dazu sei unverändert. Weder gebe es zugelassene Arzneimittel in Deutschland noch habe der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Bewertung erteilt. Zudem sei medizinisch die Gabe von Cannabis bei chronischem Schmerzsyndrom nicht erwiesen und umstritten. Daher könne weder aus der Rechtslage heraus noch medizinisch/pharmazeutisch eine Kostenübernahme empfohlen werden. Um über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen zu lassen, welche zugelassenen Alternativen für den Kläger in Betracht kommen könnten, werde um Übersendung ausführlicher Befundunterlagen über Art und Dauer der Schmerzzustände sowie der bisher erfolgten Behandlung gebeten. 4

Mit Bescheid vom 18.09.2013 erhielt der Kläger die Erlaubnis zum Erwerb von Medizinal-Cannabisblüten nach § 3 Abs. 1 BtMG ... Mit Schreiben vom 26.09.2013 bat der Kläger die Beklagte um einen schriftlichen Ablehnungsbescheid. 5

Mit Schreiben vom 01.10.2013 bat die Beklagte erneut um die Übersendung der ärztlichen Unterlagen, um eine Begutachtung durch den MDK zu veranlassen. Am 08.10.2013 reichte der Kläger bei der Beklagten einen ausführlichen ärztlichen Bericht es behandelnden Arztes XXX vom 09.07.2013 ein, den dieser im Rahmen des Verfahrens über die Erteilung der Ausnahmegenehmigung nach § 3 BtMG erstellt hatte. Die Beklagte holte daraufhin ein Gutachten des MDK ein. Der Gutachter XXX kam in seinem Gutachten vom 16.10.2013 im Wesentlichen zu dem Ergebnis, dass der Kläger bereits fünf Medikamente auf Morphinbasis erhalte und ein cannabishaltiges Präparat. Das Erfordernis der Hinzunahme eines weiteren Betäubungsmittels lasse sich nicht herleiten. Auch stünden alternativ viele andere analgetisch wirkende Medikamente zur Verfügung. 6

Mit Schreiben vom 21.11.2013 fragte der Kläger nach dem aktuellen Stand und dem Ergebnis der Begutachtung an. 7

Die Beklagte teilte ihm daraufhin mit Schreiben vom 22.11.2013 mit, dass sowohl das MDK-Gutachten als auch die dazugehörige Einschätzung des Fachbereichs vorlägen und die Auswertung dieser Unterlagen eine Notwendigkeit der Kostenübernahme nicht erkennen lasse. Der Kläger bat daraufhin mit Schreiben vom 26.11.2013 erneut um den Erlass eines Bescheides. 8

Schließlich lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers vom 09.09.2013 mit Bescheid vom 28.11.2013 ab. Der Kläger erhob mit Schreiben vom 03.12.2013 Widerspruch und legte seinem Widerspruch ein neuerliches Schreiben seines behandelnden Arztes XXX vom 28.11.2013 bei. 9

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 02.04.2014 zurück. Bei Cannabisblüten handele es sich weder um ein Arzneimittel noch um eine Rezepturvorbereitung gemäß dem aktuellen Arzneimittelverzeichnis. Auch wenn eine arzneimittelartige Wirkung angestrebt werden solle, lasse sich eine Leistungsmöglichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht ableiten. Eine Kostenübernahme komme schon aus 10

diesem Grund nicht in Betracht. Gleichwohl habe die Beklagte die medizinische Notwendigkeit der Leistung durch den MDK prüfen lassen. Der Gutachter des MDK sei zu dem Ergebnis gekommen, dass ihm für die beim Kläger vorliegende Erkrankung zugelassene verkehrsfähige Cannabis-Zubereitungen nicht bekannt seien. Die Erforderlichkeit der Hinzunahme eines weiteren Betäubungsmittels lasse sich ebenfalls nicht ableiten. Auch angesichts vieler alternativ zur Verfügung stehender analgetisch wirksamer Medikamente könne der Krankenkasse eine Übernahme der Kosten nicht empfohlen werden. Nach alledem sei es der Beklagten nicht möglich, dem Antrag zu entsprechen.

Der Kläger hat am 22.04.2014 Klage erhoben. Er führt zur Begründung aus, dass er an chronischer Neuropathie mit dauernden, unglaublich starken Schmerzen leide. Sein behandelnder Arzt XXX befürworte die Behandlung mit Medizinal-Cannabisblüten. Hierdurch sei aus ärztlicher Sicht eine Verbesserung der Lebenssituation des Klägers möglich, die mit anderen Schmerzmitteln aufgrund der erheblichen Nebenwirkungen nicht erreicht werden könnte. Er habe einen Anspruch auf Übernahme der Kosten aus § 13 SGB V. Zwar dürften gesetzliche Krankenkassen grundsätzlich keine Leistungen für die Therapie mit Rezepturarzneimitteln, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht empfohlen worden seien, gewähren. Eine Ausnahme von diesem Erfordernis sei aber beim Vorliegen eines so genannten Seltenheitsfalles oder eines Systemversagens möglich. Die fehlende Anerkennung von Cannabisblüten als Rezepturarzneimittel sei auf ein solches Systemversagen zurückzuführen, weil der Gemeinsame Bundesausschuss bisher trotz Vorliegen der formalen und inhaltlichen Voraussetzungen für eine Überprüfung der Therapie bislang untätig geblieben sei. Es gebe genügend aussagekräftige Studien, die einen entsprechenden Therapieerfolg von Cannabisblüten zur Behandlung starker Schmerzen insbesondere bei multipler Sklerose bestätigten (vgl. u. a. Zusammenfassende Dokumentation des G-BA vom 21.06.2012 über die Änderungen der Arzneimittelrichtlinie; Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35 a SGB V vom 21.06.2012). Die beim Kläger vorliegenden Schmerzen seien der begutachteten Situation vergleichbar. Aufgrund der insoweit gesicherten Forschungserkenntnisse wäre auch im Hinblick auf die Schmerzbehandlung bei Neuropathie mit Cannabisblüten eine entsprechende Untersuchung angezeigt gewesen. Auch sei darauf hinzuweisen, dass auch der Gesetzgeber ausweislich eines Gesetzesentwurfes, den die Bundesregierung 2016 auf den Weg bringen wolle, mittlerweile reagiere. Neben betäubungsmittelrechtlichen Änderungen sehe der Gesetzesentwurf auch eine Änderung des SGB V vor. Die gesetzlichen Krankenkassen müssten dann die Kosten für die entsprechende medizinische Behandlung übernehmen. Neben Krebs- und Aidspatienten solle eine solche Behandlung mit einzelnen Medikamenten mit dem Cannabis-Wirkstoff THC sowie auch reine Cannabisprodukte wie Cannabisblüten bei Multipler Sklerose und auch gerade in der Schmerztherapie möglich sein.

Der Bevollmächtigte des Klägers beantragt, 12

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 28.11.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.04.2014 zu verurteilen, die Kosten für die monatliche Versorgung mit 56 g Cannabisblüten entsprechend der ärztlichen Verordnung des behandelnden Arztes XXX aus vom 05.09.2013 zu tragen. 13

Der Vertreter der Beklagten beantragt, 14

die Klage abzuweisen. 15

Sie hält die getroffene Entscheidung für rechtmäßig und verweist zur weiteren Begründung auf ihren bisherigen Vortrag. 16

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes - insbesondere des Inhalts der medizinischen Unterlagen und der eingeholten Befundberichte - wird auf die Streitakte und die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Die Akten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. 17

Entscheidungsgründe: 18

Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage statthaft. Mit der echten Leistungsklage kann die Verurteilung zu einer Leistung begehrt werden, auf die ein Rechtsanspruch besteht, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte. Diese Prozesssituation ist vorliegend gegeben, da der Kläger seinen Versorgungsanspruch auf die Regelung des § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V stützt. Danach gilt eine Leistung nach Ablauf der in Satz 1 und 4 genannten Frist als genehmigt, wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die verzögerte Bearbeitung erfolgt. Dies ist dahingehend auszulegen, dass mit Eintritt der Fiktion der Rechtsanspruch auf die beantragte Leistung besteht, ohne dass hierüber noch ein Bescheid der Beklagten zu erteilen wäre. Die Fiktion ersetzt somit den Genehmigungsbescheid (so auch SG Augsburg, Urteil vom 03.06.2014 - S 6 KR 339/13; SG Nürnberg, Urteil vom 27.03.2014 - S 7 KR 520/13; SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013 - S 21 KR 282/13; jeweils juris). Die prozessuale Situation entspricht daher dem Fall, dass der Kläger bereits einen Bewilligungsbescheid erhalten hat, dieser aber von der Verwaltungsbehörde nicht vollzogen wird. Auch hier ist die echte Leistungsklage zulässig, da auch hier nicht nochmals ein Bescheid zu ergehen hat. Die allgemeine Leistungsklage konnte hier auch mit einer Anfechtungsklage verbunden werden, da dem Kläger gerichtlicher Rechtsschutz dafür zustehen muss, einen formellen Verwaltungsakt, zu dessen Erlass die Beklagte nicht befugt war, zu beseitigen, um sich nicht mit dem Risiko zu belasten, dass dieser später in anderen Zusammenhängen unzutreffend als bestandskräftiger Verwaltungsakt qualifiziert wird (BSG, Urteil vom 03.04.2003 - B 13 RJ 39/02 R; SG Augsburg, Urteil vom 03.06.2014 - S 6 KR 339/13, jeweils juris; vgl. auch Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl., 2014, Anhang § 54 Rn. 4). Die Klage ist auch begründet. 19

Der angefochtene Bescheid vom 28.11.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.04.2014 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten, § 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Der Kläger hat einen Anspruch darauf, dass die Beklagte die Kosten für eine monatliche Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten entsprechend der ärztlichen Verordnung des behandelnden Arztes Dr. vom 05.09.2013 trägt, und zwar aufgrund einer gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V eingetretenen Genehmigungsfiktion. Nach § 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (Satz 2). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung (Satz 4). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der 20

hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7). Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden (Satz 8). Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen (Satz 9). § 13 Abs. 3a SGB V beruht auf dem am 26.02.2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (Patientenrechtegesetz, BGBl. I 2013, 277). Die Norm verfolgt das Ziel, die Entscheidungsprozesse der Krankenkassen im Interesse der Patienten zu beschleunigen. Deshalb werden der Krankenkasse durch diese Vorschrift im Verwaltungsverfahren bestimmte Fristen auferlegt, die verhindern sollen, dass Versicherte unzumutbar lange auf eine Entscheidung warten müssen (Joussen, in: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, Stand: 01.03.2015, § 13 SGB V Rn. 21a). Der spezifische Schutzzweck dieser Norm liegt also darin, Versicherte in dem grundrechtsrelevanten Bereich des Gesundheitsschutzes vor den Folgen eines unangemessen langen Verwaltungsverfahrens zu schützen (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: EL I/2014, § 13 Rn. 58I). Insoweit kommt der Vorschrift gegenüber der zu langsam arbeitenden Krankenkasse auch eine gewisse Sanktionswirkung zu (SG Mannheim, Urteil vom 03.06.2014 - S 9 KR 3174/13, SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 - S16 KR 96/14, jeweils juris; Wenner, SGB 2013, 162 ff.).

Die Beklagte hat die hier einschlägige 5-Wochen-Frist nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V nicht 21 eingehalten und dem Kläger die Gründe hierfür nicht vor Ablauf der Frist und damit rechtzeitig mitgeteilt. Die Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V beginnt nach § 26 Abs. 1 und 3 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i. V. m. §§187 Abs. 1, 188 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch am auf den Antragseingang folgenden Tag und endet mit dem Ablauf des Tages, der nach seiner Benennung dem Tag des Antragseingangs entspricht. Der Antrag des Klägers ist am 09.09.2013 bei der Beklagten eingegangen. Die Entscheidung der Beklagten über den Antrag des Klägers erfolgte aber erst am 28.11.2013 und damit außerhalb der fünföchigen Frist. Eine den Eintritt der Genehmigungsfiktion verhindernde schriftliche Mitteilung nach § 13 Abs. 3 a Satz 5 SGB V erfolgte nicht. Zwar wandte sich die Beklagte an den Kläger und bat um Übersendung medizinischer Unterlagen, aber lediglich nur, um mögliche Behandlungsalternativen zu ermitteln. In diesem Schreiben wurde jedoch nicht mitgeteilt, dass es eine gesetzliche Frist von fünf Wochen gibt, die nicht eingehalten werden kann. Die Beklagte hätte aber zwingend noch vor Ablauf der Frist mitteilen müssen, dass sie die Frist nicht einhalten können würde und sie hätte die Gründe hierfür benennen müssen. Dies wäre v. a. deshalb erforderlich gewesen, weil die Hinweispflicht der Krankenkasse eine wichtige Brückenfunktion zwischen der Bindung an die Entscheidungsfristen und den an die Überschreitung geknüpften Sanktionen nach § 13 Abs. 3a Satz 6 und 7 SGB V hat. Normzweck ist es, den Versicherten Klarheit darüber zu verschaffen, ob die Entscheidung fristgerecht erfolgt oder eine Selbstbeschaffung zulässig ist. Die vorgeschriebene Schriftform trägt der Bedeutung der Mitteilung Rechnung und hat Klarstellungs- und Beweisfunktion (vgl. SG Marburg, Urteil vom 15.01.2015 – S 6 KR 160/13; SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 – S 16 KR 96/14 -, jeweils juris). Hervorzuheben ist insoweit, dass der Gesetzgeber ausdrücklich und unmissverständlich im Wortlaut von einer Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist spricht und damit an die benannte Warnfunktion anknüpft. Wenn die Nichteinhaltung der gesetzlichen 5-Wochen-Frist schon nicht mitgeteilt wird und auch nicht die Folgen aufgeführt werden, dann wird die mit § 13 Abs. 3 a Satz 5 SGB V gesetzlich normierte Warnfunktion nicht erfüllt. Fraglich ist im vorliegenden Fall aber aufgrund der zögerlichen Bearbeitungsweise des Antrages ohnehin schon, ob sich die Beklagte überhaupt im Klaren über die Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V gewesen ist. Ihr Verhalten lässt eher darauf schließen, dass überhaupt nicht beabsichtigt war, den Antrag zu

bescheiden. Erst nachdem der Kläger mehrfach um den Erlass eines Bescheides gebeten hatte, wurde sie tätig. Gewarnt wurde hier niemand. Durch die Genehmigungsfiktion gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Fingierte Verwaltungsakte haben die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: EL I/2014, § 13 Rn. 58I). Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung des Klägers wirksam verfügt und die Beklagte mit allen Einwendungen ausgeschlossen.

Die von der Beklagten und teilweise in der Rechtsprechung vertretene Ansicht, wonach die Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V nur bei einer Leistung greifen kann, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen habe (vgl. LSG NRW, Beschluss vom 26.05.2014 - L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR155/14 B; SG Dortmund, Beschlüsse vom 16.07.2014 - S 40 KR 742/14 ER - und 31.01.2014 - S 28 KR 1/14 ER; SG Würzburg, Urteil vom 15.01.2015 - S 11 KR 100/14, jeweils juris), wird von der Kammer in Anlehnung an die Entscheidung des LSG NRW vom 23.05.2014 (Az.: L 5 KR 222/14 B ER) und anderer Sozialgerichte (vgl. SG Nürnberg, Urteil vom 30.04.2015 - S 7 KR 496/14; SG Mannheim, Urteile vom 27.03.2015 - S 9 KR 3123/14 - und 03.06.2014 - S 9 KR 3174/13; SG Koblenz, Urteil vom 23.03.2015 - S 13 KR 977/14; SG Heilbronn, Urteil vom 10.03.2015 - S 11 KR 2425/14; SG Düsseldorf, Urteil vom 02.03.2015 S 9 KR 903/14; SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 - S 16 KR 96/14; SG Gelsenkirchen, Urteile vom 05.02.2015 - S 17 KR 524/14 -, vom 29.01.2015 - S 17 KR 479/14 - und 02.10.2014 - S 11 KR 180/14; SG Marburg, Urteil vom 15.01.2015 - S 6 KR 160/13; SG Karlsruhe, Urteil vom 15.12.2014 - S 5 KR 2284/14; SG Augsburg, Urteile vom 27.11.2014 - S 12 KR 183/14 - und 12.11.2014 - S 12 KR 3/14; SG Osnabrück, Urteile vom 06.11.2014 - S 13 KR 164/14 und S 13 KR 189/14; SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013 - S 21 KR 282/13, SG Detmold, Urteil vom 09.07.2015 - S 24 KR 254/14; jeweils juris) nicht geteilt. Maßgebend für die Auslegung von Gesetzen ist der in der Norm zum Ausdruck kommende objektivierte Wille des Gesetzgebers, wie er sich aus dem Wortlaut der Vorschrift und dem Sinnzusammenhang ergibt, in den er hineingestellt ist (ständige Rechtsprechung des BVerfG, vgl. Urteil vom 21.05.1952 - 2 BvH 2/52; Beschluss vom 17.05.1960 - 2 BvL 11/59, 2 BvL 11/60; Urteil vom 20.03.2002 - 2 BvR 794/95; Urteil vom 19.03.2013 - 2 BvR 2628/10, 2 BvR 2883/10, 2 BvR 2155/11-, jeweils juris). Der Erfassung des objektiven Willens des Gesetzgebers dienen die anerkannten Methoden der Gesetzesauslegung aus dem Wortlaut der Norm, der Systematik, ihrem Sinn und Zweck sowie aus den Gesetzesmaterialien und der Entstehungsgeschichte, die einander nicht ausschließen, sondern sich gegenseitig ergänzen. Unter ihnen hat keine einen unbedingten Vorrang vor einer anderen (vgl. BVerfG, Urteil vom 19.03.2013 – 2 BvR 2628/10, 2 BvR 2883/10, "2 BvR 2155/11-, juris). Ausgangspunkt der Auslegung ist der Wortlaut der Vorschrift. Er gibt allerdings nicht immer hinreichende Hinweise auf den Willen des Gesetzgebers. Unter Umständen wird erst im Zusammenhang mit dem Sinn und Zweck des Gesetzes oder anderen Auslegungsgesichtspunkten die im Wortlaut ausgedrückte, vom Gesetzgeber verfolgte Regelungskonzeption deutlich, der sich das Gericht nicht entgegenstellen darf (vgl. BVerfG, Beschluss vom 15.01.2009 – 2 BvR 2044/07, juris). Dessen Aufgabe beschränkt sich darauf, die intendierte Regelungskonzeption bezogen auf den konkreten Fall möglichst zuverlässig zur Geltung zu bringen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 12.11.1997 - 1 BvR 479/92, 1 BvR 307/94, juris). In keinem Fall darf richterliche Rechtsfindung das gesetzgeberische Ziel der Norm in einem wesentlichen Punkt verfehlen oder verfälschen oder an die Stelle der Regelungskonzeption des Gesetzgebers gar eine eigene treten lassen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 09.02.1988 - 1 BvL 23/86, juris).

22

§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V kann nach den voranstehend genannten Kriterien aus Sicht der Kammer nur dahingehend ausgelegt werden, dass das Wirksamwerden der

23

Genehmigungsfiktion nur von der Nichteinhaltung der Frist bzw. der unzureichenden oder fehlenden schriftlichen Mitteilung der Nichteinhaltung der Frist abhängt.

24

Dies ergibt sich zunächst aus einer grammatikalischen Auslegung der Norm. Nach dem klaren Wortlaut gewährt § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch, wohingegen § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V einen Kostenerstattungsanspruch für eine erforderliche Leistung zum Gegenstand hat. Der Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V knüpft die Genehmigungsfiktion ausschließlich daran, dass innerhalb der Frist keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die verzögerte Bearbeitung erfolgt. Eine Einschränkung dahingehend, dass sich diese Genehmigungsfiktion nur auf solche Leistungen bezieht, die grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und die medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, enthält die Vorschrift semantisch und grammatikalisch eindeutig nicht. Dass dies kein "Redaktionsversehen" des Gesetzgebers gewesen sein kann, ergibt sich bereits daraus, dass dieser vielfach mit Genehmigungsfiktionen arbeitet. Diese sind weder dem Sozialrecht im Allgemeinen (vgl. § 88 Abs. 5 Satz 2 SGB XI, § 91 Abs. 3 Satz 2 SGB IX, § 6 Abs. 3 Satz 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI), § 17 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), § 18 b Abs. 3 Satz 2 SGB XI) noch dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung im Speziellen (vgl. § 32 Abs. 1a Satz 3 Halbsatz 2 SGB V, § 110 Abs. 2 Satz 5 SGB V, § 116 Abs. 2 Satz 4 SGB V) fremd. Für diese Auslegung spricht auch die Legaldefinition, die der Gesetzgeber in § 42 a Verwaltungsverfahrensgesetz getroffen hat. Danach gilt eine beantragte Genehmigung nach Ablauf einer für die Entscheidung festgelegten Frist als erteilt (Genehmigungsfiktion), wenn dies durch Rechtsvorschrift angeordnet und der Antrag hinreichend bestimmt ist. Auch hier unterstellt das Gesetz, dass von der Behörde ein bestimmter Verwaltungsakt erlassen worden wäre ("fiktiver Verwaltungsakt"). Der Versicherte kann den Eintritt der Genehmigungsfiktion dann zum Anlass nehmen, entweder von der Krankenkasse die Leistung zu verlangen oder sich gemäß § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. SG Nürnberg, Urteil vom 30.04.2015 - S 7 KR 496/14 -, juris). Diese grammatikalische Auslegung wird durch eine systematische, historische und teleologische Auslegung bestätigt: Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen vorgesehen, wie es sich aus dem Entwurf des Patientenrechtegesetz ergibt (BT-Drucks. 312/12, S. 46, siehe auch BT-Drucks. 17/10488, S. 32). Nachdem durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistung bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war (BT-Drucks. 17/11710, S. 30), um es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, wurden Satz 6 und Satz 7 - ohne weitere, den klaren Wortlaut einschränkende Erläuterungen - in der Gesetzesänderung aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme der Norm kein eigener Regelungsgehalt zu. Zudem schlosse eine solche Auslegung mittellose Versicherte, die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, entgegen des Gleichbehandlungsgebots nach Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz praktisch aus dem Schutzbereich des § 13 Abs. 3a SGB V aus (LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER m.w.N.). Nur auf diese Weise kann der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des Verwaltungsverfahrens zu verbessern, umgesetzt werden. Dieses Ziel würde ins Leere laufen, könnte die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen (vgl. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER; SG Heilbronn, Urteil vom 10.03.2015 - S 11 KR 2425/14; SG Gelsenkirchen, Urteil vom 29.01.2015 - S 17

KR 479/14; SG Augsburg, Urteil vom 27.11.2014 - S 12 KR 183/14; a.A. LSG NRW, Beschluss vom 26.05.2014 - L 16 KR 154/14 B ER, jeweils juris). Zudem hätte bei einer solchen Auslegung ein Versicherter ungeachtet eines Verstoßes der Krankenkasse gegen die in § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V normierte Hinweispflicht keine Gewissheit, dass die beantragte Leistung von der Krankenkasse bezahlt oder zumindest die Kosten hierfür erstattet werden. Dies kann nicht Sinn und Zweck des Patientenrechtegesetzes gewesen sein, welches gerade darauf abzielt, die Rechte des Patienten zu stärken. Im Übrigen hatte und hat es die Beklagte selbst in der Hand, die in § 13 Abs. 3a SGB V festgelegten Fristen einzuhalten, und, wenn sie dies nicht schafft, den Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich hierüber zu informieren. Die sprachliche Gestaltung von § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V steht der oben dargestellten Auslegung nicht entgegen. Soweit das Gesetz darin den Begriff des "Leistungsberechtigten" und der "erforderlichen" Leistung verwendet, erlaubt es nach Auffassung der Kammer nicht, den Kostenerstattungsanspruch (und die Wirkungen der vorgeschalteten Genehmigungsfiktion) an die materielle Leistungsberechtigung der Klägerin zu knüpfen bzw. nur auf solche Leistungen zu beschränken, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung rechnen (LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER, juris). Denn ein solches Vorgehen würde zwangsläufig dazu führen, dass § 13 Abs. 3a SGB V entgegen der besonderen Zielsetzung des Patientenrechtegesetzes weitgehend "leerlaufen" würde. Nach alledem hat der Kläger einen Anspruch darauf, dass die Beklagte die Kosten für die ärztlich verordnetem Medizinal-Cannabisblüten trägt, ohne dass es auf die Voraussetzungen des §§ 27, 135 SGB V ankäme. Zwar hat der Kläger hier vorrangig einen Anspruch darauf, mit den verordneten Medizinal-Cannabisblüten von der Beklagten versorgt zu werden. Tatsächlich hat aber nur er die Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 1 BtMG zum Erwerb der Cannabisblüten, so dass es in der Praxis auf eine Kostentragung der Beklagten oder ggfls. eine Freistellung hinauslaufen wird. Wie der Gesetzgeber den Erwerb künftig im Rahmen der für das laufende Jahr geplanten Gesetzesänderung des BtMG sowie auch des SGB V regeln wird, ist derzeit noch nicht bekannt. Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.