



SV 21 15

Entscheid vom 9. Juni 2022
Sozialversicherungsabteilung

Besetzung

Vizepräsidentin Barbara Brodmann, Vorsitz,
Verwaltungsrichterin Dr. med. Carole Bodenmüller,
Verwaltungsrichter Stephan Zimmerli,
Gerichtsschreiber Silvan Zwysig.

Verfahrensbeteiligte

A. __,

Beschwerdeführerin,

gegen

B. __ AG,

Beschwerdegegnerin.

Gegenstand

Leistungen KVG

Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der
B. __ AG vom 9. März 2021
(Dossier __).

Sachverhalt:**A.**

Die 1952 geborene A.____ (Beschwerdeführerin/Versicherte) ist bei der B.____ AG (Beschwerdegegnerin/Versicherung) obligatorisch krankpflegeversichert. Am 28. April 2020 ersuchte die Hausärztin der Versicherten, Dr. med. C.____, um Kostengutsprache für die Behandlung der seronegativen Oligoarthritis mit einer Cannabistinktur (THC/CBD; BG-Bel. 1). Die Beschwerdegegnerin lehnte eine Kostenübernahme mit Schreiben vom 7. Mai 2020 (BG-Bel. 2) ab. Daran hielt sie mit Schreiben vom 8. Juni 2020 (BG-Bel. 4) auch nach Zustellung einer Ausnahmebewilligung gemäss Art. 8 Abs. 5 Betäubungsmittelgesetz (BetmG; SR 812.121; BG-Bel. 3) fest. Mit elektronischer Eingabe vom 2. Juli 2020 ersuchte die Versicherte um Wiedererwägung und um neuerliche Prüfung der Kostenübernahme für die Cannabistinktur (BG-Bel. 5). Mit Verfügung vom 16. Juli 2020 lehnte die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme ab (BG-Bel. 8). Die dagegen erhobene Einsprache vom 15. August 2020 (BG-Bel. 9) wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 9. März 2021 (BF-Bel. 1) ab.

B.

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 19. April 2021 Beschwerde beim Verwaltungsgericht Nidwalden und beantragte was folgt:

- «1. Die Verfügung vom 16.07.2020 und der Einsprache Entscheid vom 09.03.2021 der Beschwerdegegnerin seien aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin habe sämtliche bisherigen und künftigen Kosten für die Magistralrezeptur im Zusammenhang mit der rheumatologischen Erkrankung und der neuropathischen Erkrankung (Nervenschmerzen) vollumfänglich zu tragen bzw. zu übernehmen.
3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.»

C.

Die Versicherung beantragt mit ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2021 die kostenfällige Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

D.

Mit Replik vom 17. Mai 2021 und Duplik vom 28. Mai 2021 nahmen die Parteien erneut Stellung, wobei sie an ihren Rechtsbegehren festhielten. Die Beschwerdeführerin legte mit Eingaben vom 18. Mai respektive 5. Oktober 2021 zudem noch neue Beweismittel auf, was der Beschwerdegegnerin jeweils zur Kenntnis gebracht wurde.

E.

Die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts Nidwalden hat die vorliegende Beschwerdesache am 9. Juni 2022 abschliessend beraten und beurteilt. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:**1.**

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. Februar 2021 ist in Anwendung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10) ergangen. Gemäss Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG kann gegen Einspracheentscheide des Krankenversicherers beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Die Verfügungsadressatin hat Wohnsitz im Kanton Nidwalden, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig ist die Sozialversicherungsabteilung, die in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [NG 261.1]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin des angefochtenen Entscheids berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung (Art. 59 ATSG). Auf die im Weiteren form- und fristgerecht (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.**2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen, dass die Kostenübernahme für die Cannabistinktur, normiert mit maximal 5% THC-Gehalt, zur Behandlung chronischer Schmerzen bei seronegativer Oligoarthritis bei der Versicherten zu

Recht abgelehnt wurde. Weder das Arzneimittel noch der Wirkstoff sei in den massgeblichen Positivlisten aufgeführt, womit grundsätzlich keine Verpflichtung der Versicherung bestehe, die Kosten zu übernehmen.

Die Beschwerdeführerin sei aber der Auffassung, dass es sich beim Arzneimittel um eine Magistralrezeptur und somit ein zulassungsbefreites Arzneimittel handle. Das sei insoweit zutreffend, weshalb eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 71b Abs. 1 in Verbindung mit Art. 71a Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) zu prüfen sei. Die erforderliche Ausnahmegewilligung gemäss BetmG liege unbestritten vor. Auch sei im Rahmen der vertrauensärztlichen Prüfung unbestritten geblieben, dass die Krankheit der Versicherten bei Nichtbehandlung schwere oder chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen könne. Zusätzlich sei aber vorausgesetzt, dass die Behandlung einen grossen therapeutischen Nutzen zeige und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar sei. Die Beschwerdeführerin begründe dies damit, dass das Arzneimittel Salzopyrin, mit welchem sie bisher behandelt wurde, auf ärztliche Anordnung hin (gesundheitliche Gründe; Osteoporose) habe abgesetzt werden müssen. Die Cannabistinktur lindere ihre Schmerzen, eine therapeutische Alternative existiere nicht. Die Abklärungen der Beschwerdegegnerin hätten aber zusammengefasst ergeben, dass die Versicherte an Entzündungen und Schmerzen aufgrund einer nicht abschliessend definierten rheumatologischen Erkrankung (Arbeitshypothese einer rheumatoiden Arthritis; DD undifferenzierte Arthritis), als auch einer neuropathischen Erkrankung (Nervenschmerzen) leide. In beiden Krankheitsrichtungen lägen keine eindeutigen Diagnosen vor. Entgegen der ursprünglichen Annahme habe sich gezeigt, dass die Cannabistinktur zur Behandlung der rheumatologischen Erkrankung nicht geeignet sei und den Einsatz von Salzopyrin nicht ersetzen könne. Ein therapeutischer Nutzen bestehe im Hinblick auf die rheumatologische Erkrankung demnach nicht. Folglich sei nur noch zu prüfen, ob eine Leistungspflicht für die Cannabistinktur zur Therapie der Nervenschmerzen im Rahmen von Art. 71b KVV bestehe. Diesbezügliche fehle es aber bereits an einer klaren Diagnosestellung. Neurologische respektive schmerztherapeutische Abklärungen, welche Rückschlüsse auf die Ätiologie der Nervenschmerzen zulassen würden, seien keine gemacht worden. Ohne eine präzisere Diagnostik könne aber nicht abschliessend beurteilt werden, welche (zumutbaren) medikamentösen oder nichtmedikamentösen Therapiealternativen zur Behandlung der Nervenschmerzen überhaupt noch zur Verfügung stünden. Der blosser Hinweis auf mögliche schlechtere Verträglichkeit oder Nebenwirkungen könne das Vorliegen von therapeutischen Alternativen nicht ohne Weiteres ausschliessen, zumal mangels genauerer Abklärungen und Therapieversuchen bei der Versicherten die

Möglichkeiten nicht ausgeschöpft worden seien. Ein grosser therapeutischer Nutzen der Cannabis-Tinktur zur Behandlung der Nervenschmerzen sei nicht genügend ausgewiesen. Ein zukünftiger Leistungsanspruch nach erfolgten medizinischen Abklärungen und Therapien sei mit dieser Ablehnung der Kostenübernahme aber nicht ausgeschlossen.

2.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich nun auf den Standpunkt, dass die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz, die Begründungspflicht und das rechtliche Gehör verletzt habe, indem sie mit Schreiben vom 26. Februar 2021 bei der Hausärztin der Versicherten um ergänzende Informationen sowie Beantwortung diverser Fragen ersucht habe, aber ohne diese Informationen sowie Antworten abzuwarten ihren Einspracheentscheid am 9. März 2021 fällte. Die Fachabteilung Koordination Pharma/Medikamente der Beschwerdegegnerin habe in ihrem Schreiben vom 26. Februar 2021 gar noch explizit erwähnt, dass weiterhin vorerst keine Entscheidung getroffen werden könne. Daran sei auch die Rechtsabteilung gebunden. Zudem sei das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 26. Februar 2021 der Hausärztin erst am 1. März 2021 zugegangen, womit ihr gerade einmal eine Woche geblieben sei, um die Anfrage der Beschwerdegegnerin zu beantworten. Die Beschwerdegegnerin habe vor ihrem Einspracheentscheid auch nicht bei ihrer Hausärztin nachgefragt.

Für die Leistungsbeurteilung hätten die Informationen der Hausärztin sowie der Neurologin Dr. D.____, bei welcher sie – wie von der Beschwerdegegnerin verlangt – bereits für eine Konsultation angemeldet gewesen sei, abgewartet werden müssen. Die neurologische Beurteilung werde zweifelsfrei aufzeigen, dass der Magistralrezeptur in jedem Fall ein grosser therapeutischer Nutzen zukomme. Ohnehin sei nicht nachvollziehbar, wenn die Beschwerdegegnerin die neurologische und schmerztherapeutische Seite als eine neue, vom Rheuma unabhängige Krankheit darstelle. Es müsse eine Gesamtbetrachtung stattfinden, wobei zentral sei, dass die Cannabis-Tropfen aufgrund ihrer schmerzlindernden Wirkung insgesamt betrachtet einen hohen therapeutischen Nutzen hätten. Die Diagnose «seronegative Oligoarthritis», worauf auch die BetmG-Ausnahmebewilligung basiere, stelle nicht ausschliesslich ein rheumatisches Leiden dar. Die genaue Ursache zu ergründen und zu benennen sei bei dieser Art von Krankheit medizinisch mithin oft nicht ganz einfach.

3.

3.1

Gemäss Art. 61 lit. c ATSG stellt das Versicherungsgericht unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei. Der Untersuchungsgrundsatz verpflichtet das kantonale Gericht – unter Vorbehalt der Mitwirkungspflichten der Parteien –, von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Massnahmen zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts müssen vorgenommen oder veranlasst werden, wenn dazu auf Grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sind etwa weitere Abklärungen vorzunehmen, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder eine entscheidungswesentliche Tatfrage bislang auf einer unvollständigen Beweisgrundlage beantwortet wurde (BGE 146 V 240 E. 8.1). Zur den Untersuchungsgrundsatz beschränkenden Mitwirkungspflicht gehört in erster Linie die Substantiierungspflicht, welche beinhaltet, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen (BGE 138 V 86 E. 5.2.3 m.w.H.). Schlussendlich stützt das Gericht – sofern nichts Abweichendes vorgesehen ist – seine Entscheidung auf diejenigen der behaupteten oder denkbaren Tatsachen, welche ihm am wahrscheinlichsten scheinen, das heisst die überwiegend wahrscheinlichen. Hingegen reicht es demnach nicht aus, dass eine Tatsache bloss als mögliche Hypothese in Frage kommt (BGE 125 V 193 E. 2 m.w.H.; Urteil des Bundesgerichts 9C_712/2020 vom 24. Januar 2022 E. 3.4.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6).

Gleiches gilt infolge des zweckgleichen Art. 43 Abs. 1 ATSG auch für den Versicherungsträger im Sozialversicherungsverfahren (Urteile des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni

2018 E. 3.2.1 m.w.H.; 9C_712/2020 vom 24. Januar 2022 E. 3.4.1). Es liegt in dessen Ermessen, mit welchen Mitteln die amtswegige Sachverhaltsabklärung zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2011 vom 5. Juli 2011 E. 3.2).

3.2

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Die Frage des Beweiswertes stellt sich auch bei den anzuwendenden medizinisch-diagnostischen Methoden. Diese müssen wissenschaftlich anerkannt sein, damit der mit ihnen erhobene Befund eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage zu bieten vermag. Als wissenschaftlich anerkannt gilt eine Untersuchungsart, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist (so in BGE 134 V 231 E. 5.1.; 125 V 351 E. 3a).

3.3

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom

Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. So hat die Rechtsprechung bezüglich Gerichtsgutachten ausgeführt, das Gericht weiche «nicht ohne zwingende Gründe» von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender, Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen. Zur Frage der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wurde der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4.).

4.

Die medizinisch relevante Aktenlage präsentiert sich wie folgt:

4.1

Im Gesuch vom 28. April 2020 (BG-Bel. 1) erläutert die Hausärztin Dr. med. C.____ der Beschwerdegegnerin, dass die Versicherte an einer seronegativen Oligoarthritis (ED 2008 durch Rheumatologe Dr. med. E.____) leide. Bis anhin sei sie täglich mit Salazopyrin 2g behandelt worden. Eine Dosisreduktion sei von Dr. med. E.____ empfohlen, leider sei es dabei zu einem erneuten Schub mit Schwellung, Rötung und Schmerzen im Kniegelenk gekommen. Aufgrund dessen sei eine Kombinationstherapie mit Cannabistinktur (THC/CBD) indiziert und geplant, mit dem Ziel im Verlauf das Salazopyrin zu reduzieren oder gar stoppen zu können. Bekanntlich habe die Cannabistinktur bei längerer Einnahme weniger unerwünschte Nebenwirkungen als das Salazopyrin.

4.2

Rheumatologe Dr. med. E.____ berichtet nach Konsultation am 14. September 2020 gleichentags gemäss einer dessen Bericht wiedergebenden Notiz der Beschwerdegegnerin (BG-Bel. 11) als Diagnosen eine rheumatoide Arthritis (Arbeitshypothese; DD undifferenzierte Arthritis), ein anamnestisch peripherer neuropathischer Schmerz sowie eine Osteoporose. Nach

Stopp der Behandlung mit Salazopyrin seien arthritischen Symptome wieder aufgeflackert, hauptsächlich an den Händen, teils auch mit Analgetika-Bedarf. Zurzeit zusätzlicher Versuch mit Cannabis, diesbezüglich Besserung der neuropathischen Schmerzen. Objektiv weder an Händen noch Füßen eine Synovitis. Das Cannabis sei bis jetzt ohne Effekt auf die rheumatischen Beschwerden geblieben. Dies entspreche auch den wissenschaftlichen Erfahrungen mit gutem Effekt von Cannabis auf neuropathische Schmerzen, aber fehlenden Effekt auf arthritische Beschwerden. Die Wiederaufnahme der Basistherapie mit Salazopyrin sei sehr gut möglich.

4.3

Die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin, Dr. med. F. __ hält in ihrer Aktenbeurteilung vom 17. November 2020 (BG-Bel. 10) fest, dass zur Behandlung chronischer Schmerzen bei seronegativer Oligoarthritis ED 2008 weiterhin diverse – nach Limitatio SL und Label SM in der Schweiz zugelassene – medikamentöse Therapiealternativen bestehen würden. Weiter würden sicherlich auch nichtmedikamentöse, zum Beispiel physikalische und physiotherapeutische Behandlungsalternativen existieren. Dies sowohl unter dem Aspekt der medikamentösen Therapie einerseits primär der Grunderkrankung der seronegativen Oligoarthritis (mittels «Basismedikamenten»), als auch andererseits sekundär der hierdurch verursachten chronischen Schmerzen (mittels z.B. Opioid-Analgetika, Nichtopiod-Analgetika, Ketamin, zudem mittels adjuvanter medikamentöse Schmerztherapie mit z.B. Antidepressiva, Neuroleptika oder Antikonvulsiva).

Der Versicherten sei gemäss den Akten ausser der aktuellen Basismedikation mit Salazopyrin in der Vergangenheit lediglich einmal kurzfristig Arava verordnet worden (3/2012), der Einsatz respektive die Verrechnung anderer Basismedikation sei nicht ersichtlich. Auch bezüglich der medikamentösen Schmerztherapie fänden sich ebenfalls nur sehr wenige Verordnungen, zum Beispiel Arthotec 75 und Irfen 400mg (4/2014), Dafalgan 1g (5/2018; 8/2020). Der Dauerbezug von Schmerztherapeutika sei nicht ersichtlich.

4.4

Internistin Dr. med. C. __ bestätigt in ihrem Bericht vom 9. Februar 2021 gemäss einer diesen wiedergebenden Notiz der Beschwerdegegnerin (BG-Bel. 12) die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis (Arbeitshypothese; DD undifferenzierte Arthritis) sowie der Osteoporose und ergänzt in diagnostischer Hinsicht eine koronare 3-Asterkrankung mit St. n. NSTEMI 09/2016

und dreifachen ACB 09/2016, eine rhythmogene Herzkrankheit mit kurzen Vorhofflimmerepisoden (schwer dilatierter Vorhof) sowie einer axialen Hiatushernie.

Die Versicherte sei seit dem Oktober 2018 in ihrer hausärztlichen Betreuung. Nach Angabe der Versicherten sei die Diagnose der rheumatoiden Arthritis beziehungsweise seronegativen Oligoarthritis im Jahr 2008 gestellt worden. Nach einem einjährigen Behandlungsversuch mit Methotrexat und Therapie mit einer anderen, nicht mehr eruierbaren Tablette, welche jeweils wegen Nebenwirkungen haben gestoppt werden müssen, habe der Rheumatologe eine Therapie mit Salazopyrin gestartet. Nach dem Myokardinfarkt im Jahr 2016 habe die Versicherte im Verlauf das Salazopyrin langsam reduzieren beziehungsweise ganz stoppen wollen. Kurz darauf sei es zu einem erneuten (arthritischen) Schub im Kniegelenk gekommen, weshalb der Versuch mit der Cannabistinktur gestartet worden sei. Unter dieser Therapie seien zum ersten Mal seit 2008 die Nervenschmerzen verschwunden, was eine deutliche Verbesserung des Schlafes und der Lebensqualität gebracht habe. Die Cannabistinktur-Dosis habe inzwischen von 3x täglich auf 1x täglich abends reduziert werden können. Das Salazopyrin habe sie aufgrund der entzündlichen Schmerzen jedoch trotzdem wieder einnehmen müssen. Mit Salazopyrin (500mg 2-0-0) und Cannabistinktur abends habe die Versicherte die Schmerzen weitgehend im Griff. Medizintheoretisch gebe es nach ihrem Wissen kein Medikament, welches sowohl die Entzündung hemme wie auch einen Einfluss auf den neuropathischen Schmerz habe und dies noch ohne bis wenig Nebenwirkungen. Pregabalin oder ähnliche Präparate wären theoretisch eine Möglichkeit um den neuropathischen Schmerz zu lindern. Oftmals werde dies aber aufgrund von Leberenzymanstieg (Hepatitis) und Müdigkeit nicht gut vertragen. Bei der Versicherten dürfe dieses Medikament aufgrund der kardialen Problematik mit dem erhöhten Risiko einer Herzinsuffizienz nicht angewendet werden. Für die Behandlung des entzündlichen Schmerzens kämen nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) theoretisch in Frage, aber auch diese dürfen aufgrund des kardiovaskulären Risikoprofils und den Co-Medikationen nicht angewendet werden. Ob eine immunsupprimierende oder immunmodulierende Therapie wie Methotrexat, Actemra oder ähnliches nochmals versucht werden sollte, könne sie nicht beurteilen. Das Nebenwirkungsprofil sei bei diesen Medikamenten wahrscheinlich höher als bei Salazopyrin und Cannabistinktur. Das Methotrexat sei bereits einmal verwendet und wieder abgesetzt worden, hatte aber bereits damals keinen Einfluss auf die Nervenschmerzen.

4.5

In einer neuerlichen Aktenbeurteilung vom 25. Februar 2021 ergänzte die Vertrauensärztin Dr. med. F.__(BF-Bel. 13), auch aus dem neuen Bericht der Hausärztin ergebe sich keine konkrete medizinische Diagnose, deren Grundlage die Behandlung der Versicherten mit Cannabis sei. Namentlich halte auch der Rheumatologe Dr. med. E.__(explizit fest, dass im Zusammenhang mit der rheumatischen Erkrankung keine Linderung durch Cannabis zu erwarten sei, womit als Grundlage für die Behandlung mit Cannabis allerhöchstens die anamnestisch berichtete Nervenschmerz-Symptomatik in Frage käme.

Auch diesbezüglich fehle es aber an schlüssigen Angaben. Die Hausärztin spreche von Nervenschmerzen, vor allen in den Knien, den Sprunggelenken, aber auch teilweise am ganzen Körper. Es fehle an einer objektiven klinischen Befundbeschreibung der subjektiven Beschwerdesymptomatik sowie Angaben zur Ätiologie der Nervenschmerzen. Ausstehend sei bislang auch eine fachärztlich neurologisch/schmerztherapeutische Abklärung/Diagnostik und eine fachärztlich neurologische beziehungsweise schmerztherapeutische Therapieeinstellung. Allfällige therapeutische Alternativen würden sowohl für das Schmerz- wie auch das rheumatische Leiden erläutert, jedoch unter blossem Verweis auf mögliche Nebenwirkungen verworfen.

4.6

Neurologin Dr. med. D.__(berichtet der Hausärztin am 20. April 2021 (amtl. Bel. 11A) die Diagnosen KHK mit St. n. NSTEMI, 3-fach aorto-coronarer Bypass-Op, seronegative Oligoarthritis, Osteoporose, Vd.a. small fibre neuropathy.

Bei der Versicherten sei eine rheumatologische Grunderkrankung bekannt mit wechselnden Schmerzen, die stechend vor allem im Bereich des Fussristes, aber auch in den Kniegelenken lokalisiert seien. Diese Schmerzen würden sich vorwiegend nachts zeigen und seien gut behandelbar mit niedrig dosiertem THC 5% mit 20 Tropfen (Cannabistinktur). Diesbezüglich sei dies sicher erfreulich, da dann keine Analgetika benötigt würden, die ansonsten auch Nebenwirkungen haben könnten und sich ungünstig mit Sekundärkomplikationen (Nierenfunktion, Ulcusleiden u.a.) auswirkten. Cannabinoide seien wirksam bei neuropathischen Schmerzen.

Die ergänzend durchgeführte Elektroneurographie zeige bei den grossen Nerven (motorisch und sensibel) einen normalen Befund, ausser im Suralis, der mit Oberflächenelektroden nicht ableitbar sei. Die kleinen sensiblen Nerven seien mit der Elektroneurographie nicht ableitbar (nicht beurteilbar); diesbezüglich sei die Verdachtsdiagnose einer small fibre neuropathy zu

stellen. Bei gutem Ansprechen des THC 5% nachts ohne Einnahme von zusätzlichen Analgetika sei [die Wirkung] somit als effizient zu beurteilen. Die Verträglichkeit sei gut und die Lebensqualität damit deutlich erhöht.

5.

5.1

5.1.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Die Leistungen umfassen unter anderem die ärztlich verordneten Arzneimittel (Art. 25 Abs. 1 lit. b KVG). Diese müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 1 und 2 KVG). Die Versicherer dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25-33 KVG übernehmen (Art. 34 Abs. 1 KVG). Es handelt sich mit anderen Worten um einen abschliessenden Leistungskatalog (KERSTIN NOËLLE VOKINGER, in: Blechta et al. [Hrsg.], BSK-KVG, 2020, N 3 zu Art. 24 KVG). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang im Übrigen das Kostenerstattungsprinzip: Demnach hat die versicherte Person die medizinische Leistung selbst zu beschaffen und hat im Gegenzug gegenüber der obligatorischen Krankenversicherung einen Kostenerstattungsanspruch (VOKINGER, a.a.O., N 2 zu Art. 24 KVG).

5.1.2

Ein Arzneimittel im Sinne von Art. 25 KVG kann nur sein, was auch ein Arzneimittel im Sinne von Art. 4 Abs. 1 lit. a Heilmittelgesetz (HMG; SR 812. 21) ist (MIRJAM OLAH, in: BSK-KVG, a.a.O., N 73 zu Art. 25 KVG). Letztere Bestimmung definiert die Arzneimittel als Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder angepriesen werden, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen. Welche Arzneimittel die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat, ist behördlich festgelegt: Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erlässt eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif (Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 KVG). Es handelt sich um die sogenannte Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), die als Anhang 4 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) gehört. Das BAG erlässt eine Liste der

pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste [SL]); diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika zu enthalten (Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG). Als Positivlisten haben die ALT und die SL gleichzeitig abschliessenden und verbindlichen Charakter. Aufgrund des in Art. 34 Abs. 1 KVG verankerten Listenprinzips können die Krankenversicherer grundsätzlich nur die darin vorgesehenen Arzneimittel übernehmen (BGE 144 V 333 E. 3.1 und 3.2). Mit anderen Worten erstreckt sich die Vergütungsfähigkeit nicht auf sämtliche unter heilmittelrechtlichen Gesichtspunkten verkehrsfähigen Arzneimittel, sondern erfährt im Allgemeinen eine Beschränkung auf sog. Listenpräparate (OLAH, a.a.O., N 72 zu Art. 25 KVG).

5.2

Streitbefangen ist die Kostenübernahme für die von der Beschwerdeführerin verwendete Cannabis-Tinktur (THC 5%). Zunächst ist unbestritten – und zutreffend –, dass es sich weder bei THC um ein auf der ALT gelistetes Präparat, Wirk- oder Hilfsstoff handelt, noch die Tinktur eine auf der SL aufgeführte industriell hergestellte, gebrauchsfertige pharmazeutische Spezialität oder konfektioniertes Arzneimittel mit Preis darstellt. Insoweit ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, wenn sie eine grundsätzliche Vergütungspflicht nach Massgabe von Art. 24 ff. KVG verneint.

6.

6.1

6.1.1

Die Anwendung eines Arzneimittels ausserhalb des behördlich festgelegten Zulassungsbereichs kann als Nichtpflichtleistung grundsätzlich nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abgerechnet werden. Im Einzelfall ist dies unter bestimmten Kriterien dennoch möglich. Die durch die Rechtsprechung entwickelten Ausnahmetatbestände fanden mit den Art. 71a ff. KVV («4a. Abschnitt: Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall») Eingang ins Gesetz (OLAH, a.a.O., N 82 f. zu Art. 25 KVG m.w.H.). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines vom Institut zugelassenen verwendungsfertigen Arzneimittels, das nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen ist, für eine Anwendung innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation, wenn die Voraussetzungen nach Art. 71a Abs. 1 lit. oder b erfüllt sind (Art. 71b Abs. 1 KVG). Vorausgesetzt ist demnach, dass der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im

Vordergrund steht; oder vom Einsatz des Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist (Art. 71a Abs. 1 lit. a und b KVG). Diese Bestimmung findet nicht nur auf die nicht in die SL aufgenommenen verwendungsfertigen Arzneimittel (für eine Anwendung innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation), sondern auch auf die von der Zulassungspflicht befreiten verwendungsfertigen Magistralrezepturen Anwendung (BGE 144 V 333 E. 10.6; OLAH, a.a.O., N 90 zu Art. 25 KVG). Dabei handelt es sich um Arzneimittel, welche in einer öffentlichen Apotheke oder in einer Spitalapotheke in Ausführung einer ärztlichen Verschreibung für eine bestimmte Person oder einen bestimmten Personenkreis hergestellt werden, wobei die Herstellung ad hoc oder defekturmässig erfolgen kann (Art. 9 Abs. 2 lit. a HMG). Für Magistralrezepturen gilt die Besonderheit, dass sie keiner Zulassung durch Swissmedic bedürfen (Art. 9 Abs. 2 Ingress HMG; BGE 144 V 333 E. 5.3). Die Kostenübernahme setzt eine besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin voraus (Art. 71d Abs. 1 KVV).

6.1.2

Neben der hier nicht relevanten Tatbestandsvariante, in welcher der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht («Behandlungskomplex»; Art. 71b Abs. 1 i.V.m. Art. 71a Abs. 1 lit. a KVG), sind die Kosten für eine Magistralrezeptur wie erwähnt dann durch die obligatorische Krankenversicherung zu übernehmen, wenn mit dem Einsatz der Magistralrezeptur ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist (Art. 71b Abs. 1 i.V.m. Art. 71a Abs. 1 lit. b KVG). Zunächst ist demnach vorausgesetzt, dass der betroffene Versicherte an einer lebensbedrohlichen Krankheit leidet oder eine Erkrankung vorliegt, die schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann (OLAH, a.a.O., N 86 zu Art. 25 KVG m.w.H.). Das weitere Kriterium der fehlenden therapeutischen Alternativen ist im Allgemeinen dann zu bejahen, wenn der Off-Label- oder Off-Limitation-Use des nichtleistungspflichtigen Präparats in medizinischer Hinsicht ein erheblich besseres Risiko-Nutzen-Verhältnis aufweist. Davon ist auszugehen, wenn eine zugelassene Behandlungsmethode gegenüber der Nichtpflichtleistung so

deutlich unterlegen ist, dass diese einen hohen therapeutischen Nutzen begründet (OLAH, a.a.O., N 87 zu Art. 25 KVG m.w.H.).

Im Zentrum steht indes das Kriterium des grossen therapeutischen Nutzens. Dieser ist sowohl in allgemeiner Weise wie auch im konkreten Einzelfall zu beurteilen. Ob ein therapeutischer Nutzen vorliegt, ist eine Tatfrage. Ob ein bestimmter Nutzen als «gross» im Sinne der Rechtslage zu bezeichnen ist, stellt hingegen eine Rechtsfrage dar (BGE 144 V 333 E. 11.1.3). Im Rahmen der Beurteilung des grossen therapeutischen Nutzens ist dieser jeweils vergleichend in Relation zu jenem einer Standardtherapie sowie zur Nichtbehandlung zu setzen. Der Begriff orientiert sich an der gleichlautenden Bedingung für die befristete Zulassung eines Arzneimittels gemäss Art. 9a Abs. 1 lit. a HMG (OLAH, a.a.O., N 88 zu Art. 25 KVG). Vorausgesetzt ist, dass zumindest Zwischenergebnisse von (publizierten) klinischen Studien vorliegen, die darauf hinweisen, dass von der Anwendung ein grosser therapeutischer Nutzen zu erwarten ist. Es reichen sodann auch anderweitige veröffentlichte Erkenntnisse aus, die wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen über die Wirksamkeit des in Frage stehenden Arzneimittels im neuen Anwendungsgebiet zulassen und auf Grund derer in den einschlägigen Fachkreisen Konsens über einen voraussichtlich hohen therapeutischen Nutzen besteht. Es müssen in rechtlicher Hinsicht somit nicht bereits die (höheren) Voraussetzungen für eine Aufnahme in die SL erfüllt sein. Liegen keine derartigen klinischen Studien beziehungsweise anderweitigen wissenschaftlichen Erkenntnisse vor, die eine therapeutische Wirksamkeit nachweisen, so kann eine solche nicht bejaht werden mit dem blossen Hinweis darauf, dass im Einzelfall eine Wirkung eingetreten sei. Dies würde auf die blosser Formel «post hoc ergo propter hoc» hinauslaufen, was nicht angeht; denn eine Besserung kann auch spontan bzw. aus anderen Gründen eintreten. Entscheidend ist, dass für die Zulassung eines «Off-Label-Use» nicht jeglicher therapeutischer Nutzen genügen kann, könnte doch sonst in jedem Einzelfall die Beurteilung des Nutzens an die Stelle der heilmittelrechtlichen Zulassung treten; dadurch würde das gesetzliche System der SL unterwandert (BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2 m.w.H.). Die Wirtschaftlichkeit der Behandlung ist ebenfalls zu prüfen; ein grosser therapeutischer Nutzen setzt ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis in dem Sinne voraus, dass je höher die Kosten, desto eher ein grosser therapeutischer Nutzen erwartet werden muss. Gesagtes findet auch auf die über den Wortlaut von Art. 71b Abs. 1 KVV hinaus erfassten Magistralrezepturen Anwendung. Weniger strenge Anforderungen für den Wirksamkeitsnachweis sind rechtsprechungsgemäss einzig im Bereich der sogenannten «Orphan Drugs» vorgesehen (OLAH, a.a.O., N 89 f. zu Art. 25 KVG mit Rechtsprechungshinweisen). Dabei handelt es sich um wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten (vgl. hierfür Art. 4 Abs. 1 lit. a^{decies} HMG i.V.m. Art. 4 Abs. 1 Verordnung des

Schweizerischen Heilmittelinstituts über die vereinfachte Zulassung von Arzneimitteln und die Zulassung von Arzneimitteln im Meldeverfahren [VAZV; SR 812.212.23]).

6.2

6.2.1 Rheumatische Beschwerden

Im Kostenübernahmegesuch der Beschwerdeführerin vom 28. April 2020 war die Rede davon, dass der Einsatz der Cannabistinktur unter dem Hintergrund erfolge, dass es im Zusammenhang mit der Dosisreduktion des Medikaments Salazopyrin zu einem erneuten Schub mit Schwellung, Rötung und Schmerzen im Kniegelenk gekommen sei. Die Cannabistinktur solle in Kombination mit Salazopyrin eingesetzt werden, mit dem Ziel im Verlauf den Einsatz von Salazopyrin zu reduzieren oder gar zu stoppen. Dies unter dem Hintergrund, dass die Cannabistinktur bei längerer Einnahme weniger unerwünschte Nebenwirkungen als Salazopyrin habe. Damit implizierte die Beschwerdeführerin beziehungsweise deren Hausärztin Dr. med. C. __, dass der Einsatz der Cannabistinktur der Substitution des Salazopyrins diene und die Schmerzen in erster Linie eine Folgeerscheinung des rheumatologischen Leidens darstelle.

Gemäss den verfügbaren Arztberichte, namentlich den Bericht des Rheumatologen Dr. med. E. __ vom 14. September 2020 (BG-Bel. 11), ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit 2008 an rheumatischen Beschwerden leidet. Hier nicht massgeblich ist demnach die Orphan-Drug-Rechtsprechung, welche weniger strenge Anforderungen für den Wirksamkeitsnachweis stellen würde, da rheumatische Beschwerden keine seltenen Krankheiten im Sinne der Heilmittelgesetzgebung darstellen. Nach dem aktuellen Untersuchungsstand handelt es sich beim Leiden der Beschwerdeführerin um eine rheumatoide Arthritis, wobei nie eine abschliessende ätiologische Einordnung stattgefunden hat. Dafür hat indes aber auch keine Notwendigkeit bestanden, nachdem das Leiden – wie auch immer es konkret zu benennen wäre – nach abgebrochenen Behandlungsversuchen, u.a. mit Methotrexat, seit 2008 bis 2019 mit Salazopyrin grundsätzlich ausreichend medikamentös hat versorgt werden können. Dr. med. E. __ hält denn auch fest, dass die arthritischen Symptome erst nachdem 2019 die Behandlung mit Salazopyrin ausgesetzt wurde wieder aufflackerten. Hausärztin Dr. med. C. __ erläutert am 9. Februar 2021 (BG-Bel. 12) im Zusammenhang mit der Behandlung der rheumatischen Beschwerden mit Salazopyrin ebenfalls, dass sich die entzündlichen Gelenkschmerzen dabei deutlich gebessert hätten, bloss noch intermittierende akute Schübe einer kurzzeitigen Zusatzmedikation (Spiricort) bedurften. Rheumatologe Dr. med. E. __ erachtet eine Wiederaufnahme der Behandlung mit Salazopyrin aus diesen Gründen (Stand: September 2020) denn auch als medizinisch indiziert. Er erläutert weiter, dass es der wissenschaftlichen Erfahrung entspreche,

dass Cannabis bei rheumatischen Beschwerden wirklos sei. Zu Recht stellt sich die Beschwerdegegnerin damit auf den Standpunkt, dass hinsichtlich der rheumatischen Erkrankung keine medizintheoretische Indikation für den Einsatz von Cannabis besteht, weil eine Behandlung mit einem wirksamen Listenmedikament (Salazopyrin) möglich ist. Auch Versicherungsmedizinerin Dr. med. F. ___ hält am 17. November 2020 (BG-Bel. 10) fest, dass sowohl für die rheumatische Grunderkrankung wie auch für allfällige sekundäre, durch die Grunderkrankung verursachte Schmerzen diverse in der Schweiz zugelassene Behandlungsalternativen bestehen. Mit dem blossen Hinweis auf die Möglichkeit von Nebenwirkungen von Listenmedikamenten und -Präparaten lassen sich keine Kostenübernahmen für eine Magistralrezeptur begründen. Dabei ist weiter zu bemerken, dass die Versicherte schliesslich erst wieder stärker über anhaltende Schmerzen geklagt hatte, als 2019 die Behandlung der rheumatischen Beschwerden mit Salazopyrin ausgesetzt wurde. Wären für die Schmerzen tatsächlich einzig die rheumatischen Beschwerden ursächlich, so besteht hinsichtlich solcher Folgeschmerzen keine therapeutische Notwendigkeit für den Einsatz der Cannabistinktur, weil die schmerzkausale Ursache (rheumatoide Arthritis) mit einer wirksamen und zugelassenen Behandlungsmethode (Salazopyrin) therapiert werden kann. Die medikamentöse Kompensation des ursächlichen Leides wird sich voraussichtlich, gestützt auf die Erfahrungen der dem Gericht bekannten Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin (vgl. den Bericht der Hausärztin Dr. med. C. ___, wonach sich die entzündlichen Gelenkschmerzen im Laufe der Behandlung mit Salazopyrin deutlich besserten [BG-Bel. 12]), auch positiv-mildernd auf das Schmerzleiden auswirken. Eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 71b KVV fällt entsprechend ausser Betracht, obwohl die rheumatologische Erkrankung grundsätzlich geeignet ist, schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich zu ziehen.

Mit den nachvollziehbaren, fachärztlichen Aktenbeurteilungen von Dr. med. F. ___ vom 17. November 2020 respektive vom 25. Februar 2021 (BG-Bel. 10 und 13) hat im Übrigen auch eine hinreichende Beweisgrundlage für die Ablehnung des Kostenübernahmebegehrens bestanden (zum Untersuchungsgrundsatz vgl. vorne E. 3.1). Anhalt für ein weiteres Zuwarten respektive das Einholen weiterer ärztlicher Einschätzungen hat entgegen den Beanstandungen der Beschwerdeführerin nicht bestanden. Namentlich sah sich die Beschwerdegegnerin zu recht nicht veranlasst, eine weitere Stellungnahme der Hausärztin der Versicherten, welche zugleich auch stellvertretend für die Versicherte das Kostenübernahmegesuch zeichnete und einreichte, abzuwarten, käme einem solchen weiteren Arztbericht unter diesen Umständen ohnehin nur sehr beschränkt Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2021 vom

7. Januar 2022 E. 7.2 [zur parteiischen Stellung eines behandelnden Arztes, welcher zugleich vertretend im Verfahren tätig wird]).

Daran nichts zu ändern vermag, dass die Neurologin Dr. med. D.____ in ihrem nachträglich von der Beschwerdeführerin veranlassten und aufgelegten Bericht vom 20. April 2021 (amtl. Bel. 11A) neu gestützt auf eine ergänzend durchgeführte Elektroneurographie die Verdachtsdiagnose einer small fibre neuropathy äussert. Auch Dr. med. D.____ hält nämlich in erster Linie fest, dass die Behandlung mit der Cannabistinktur im Zusammenhang mit der bekannten rheumatologischen Grunderkrankung mit wechselnden Schmerzen erfolge. Der Einsatz von Cannabis sei erfreulich, weil keine Analgetika benötigt würden, welche Nebenwirkungen haben und Sekundärkomplikationen auswirken könnten. Implizit bestätigt Dr. med. D.____ damit, dass – wenn auch aus ihrer Sicht aufgrund der Neben- und Sekundärwirkungen nicht optimale – andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethoden existieren, was eine Kostenübernahme gerade ausschliesst. Ihr Bericht vermag die Einschätzung der Versicherungsmedizinerin Dr. med. F.____, wonach Behandlungsmöglichkeiten mit Listen-Medikamenten oder -Präparaten bestehen, jedenfalls nicht in Frage zu stellen.

Abschliessend ist zu ergänzen, dass auch beim Dauergebrauch von Cannabis Nebenwirkungen bekannt sind, insbesondere Antriebslosigkeit und Persönlichkeitsveränderungen («amotivational syndrome») sowie Wahnvorstellungen und Paranoia (Psychembel Klinisches Wörterbuch, 268. A., 2020, S. 283). Dass eine Wirksamkeit von THC bei chronischen Schmerzen mit einer mässigen Evidenz als grundsätzlich wahrscheinlich anerkannt ist, wird nicht in Frage gestellt (vgl. etwa IV-Rundschreiben Nr. 389 des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV vom 16. Juli 2019 betreffend Cannabis, Cannabidiol (CBD) und THC-Präparate [<https://sozialversicherungen.admin.ch/de/f/5662>] S. 3 m.H.). Von einem Konsens in den einschlägigen Fachkreisen über einen voraussichtlich hohen therapeutischen Nutzen kann dabei offenkundig aber noch keine Rede sein (exemplarisch: WHITING ET AL., Cannabinoids for Medical Use. A Systematic Review and Meta-analysis in: JAMA 2015; Vol. 313 Nr. 24, S. 2456-2473 [<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-sucht/forschungsberichte-cannabis.html>], S. 2456, welche lediglich von «moderate-quality evidence» für den Nutzen von Cannabinoiden bei chronischen Schmerzen sprechen). Folglich kann – selbst wenn von einem Mangel an Behandlungsalternativen ausgegangen würde, was aber nicht der Fall ist – nicht gesagt werden, dass die streitbefangene Magistralrezeptur einen grossen therapeutischen Nutzen mit sich bringt. Dieser Nutzen kann auch nicht mit dem blossen

Hinweis darauf begründet respektive bejaht werden, dass bei der Versicherten im Einzelfall eine (positive) Wirkung eingetreten ist (vgl. vorzitierte Rechtsprechung in E. 6.1.2).

6.2.2 Neuropathische Schmerzen

Ähnliches gilt insoweit sich die Beschwerdeführerin nunmehr auf den Standpunkt stellt, die geklagten Schmerzen seien nicht mehr blosse Nebenfolgen des rheumatischen Beschwerdebildes (seronegative Oligoarthritis). Das Schmerzleiden habe sich in einer Weise entwickelt, dass von einem eigentlichen, unabhängigen Beschwerdebild (neuropathische Schmerzen) mit einem eigenständigen Krankheitswert und selbstständiger Diagnose auszugehen sei.

Zunächst wäre fraglich, ob ein diesbezüglicher Einsatz der Cannabistinktur überhaupt durch die BAG-Bewilligung gedeckt wäre, erstreckt sich diese einzig auf die Behandlung von chronischen Schmerzen *bei* seronegativer Oligoarthritis (BF-Bel. 6). Hinzu kommt, dass eine ärztliche Untersuchung und Diagnose dieses Krankheitsbildes gänzlich fehlt. Einlässlichere Untersuchungen der Krankheit oder Abklärungen zu den möglichen Behandlungsoptionen vor dem Einsatz der Cannabistinktur unter der (Arbeits-)Hypothese, dass es sich bei den Nervenschmerzen um eine (inzwischen) eigenständige Krankheit handelt, sind nicht aktenkundig. Auch der nachträglich aufgelegte, von der Versicherten selbst veranlasste Bericht von Dr. med. D. __ vom 20. April 2021 äussert lediglich einen *Verdacht* auf eine small fibre neuropathy (amtl. Bel. 11A). Ohnehin bliebe diese und allfällige weitere Abklärungen nach dem Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier: 9. März 2021) unbeachtlich, sind schliesslich bei der Beurteilung der Rechtmässigkeit einer Verfügung durch das Sozialversicherungsgericht die im Verfügungszeitpunkt bestehenden Sachumstände massgeblich (BGE 129 V 1 E. 1.2). Dass der Therapieeinsatz von THC bei einem neuropathischen Schmerzleiden alternativlos wäre, wurde im Kostenübernahmegesuch vom 28. April 2020 denn auch weder behauptet noch dargelegt (BG-Bel. 1). Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme sind entsprechend nicht erfüllt.

Insoweit die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang formelle Rügen vorbringt, namentlich eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes rügt, kann ihr nicht gefolgt werden. Zwar galt der Untersuchungsgrundsatz grundsätzlich und die Beschwerdegegnerin war verpflichtet, den massgeblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären (dazu bereits E. 3.1). Anders als etwa bei der Rentenprüfung in invaliden- und unfallversicherungsrechtlichen Angelegenheiten, wo es schlussendlich um die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und damit typischerweise eine Gesamtbetrachtung aller gesundheitsrelevanter Faktoren geht, betreffen

Streitigkeiten des Krankenversicherungsrecht bloss einzelne Leistungen. Der Untersuchungsgrundsatz ist damit in gewisser Hinsicht zu relativieren. Typischerweise nimmt der Versicherte konkret einzelne Leistungen in Anspruch (oder hat diese bereits in Anspruch genommen), wobei es im Verhältnis des Versicherten gegenüber dem Krankenversicherer schlussendlich lediglich noch um die Frage der Kostentragung geht. Das krankenversicherungsrechtliche Sozialversicherungsverfahren erfährt in tatsächlicher und rechtlicher Sicht insofern eine Beschränkung, als dass der Versicherte für eine konkrete Leistung einen Vergütungsanspruch geltend macht und damit zugleich die durch den Versicherungsträger abzuklärende Thematik eingrenzt. Darüber hinaus ist der Versicherungsträger nicht zu weiteren Abklärungen verpflichtet, sofern sich nicht mindestens konkrete Anhaltspunkte aus der medizinischen Aktenlage oder Vorbringen des Versicherten ergeben. Hier ging es um die Übernahme der Kosten für eine Cannabistinktur, einer ausserhalb des «ordentlichen» Leistungsbereichs des Krankenversicherers (Art. 24 ff. KVG) liegenden Leistung. Die «ausserordentliche» Leistungspflicht der angerufenen Krankenversicherung (Art. 71a ff. KVV) begründete die Beschwerdeführerin hauptsächlich (zunächst ausschliesslich) mit rheumatisch bedingten Schmerzen chronischer Natur, welche sich aufgrund von Unverträglichkeiten oder Nebenwirkungen nicht mit Listenmedikamenten oder -Präparaten behandeln lassen würden. Gestützt auf die Eingaben der Beschwerdeführerin durfte die Beschwerdegegnerin davon ausgehen, dass das (chronische) Schmerzleiden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das rheumatische Beschwerdebild zurückzuführen ist. Wie bereits dargelegt verneinte die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Anspruch zurecht (vorne E. 6.2.1). Nach zunächst formloser Weigerung der Beschwerdegegnerin erwähnte die Beschwerdeführerin in ihrer E-Mail vom 2. Juli 2020 (BG-Bel. 5) erstmals generelle Nervenschmerzen. Dass diesbezüglich je fachärztliche (neurologische oder schmerztherapeutische) Untersuchungen vorgenommen oder gar Therapie- bzw. Behandlungsversuche unternommen worden waren, wurde nicht geltend gemacht. Auch aus den Akten ergeben sich keine entsprechenden Hinweise. Konkrete Anhaltspunkte, welche auch nur ansatzweise für die Hypothese eines eigenständigen Krankheitsleidens sprechen würden, lagen der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids keine vor. Sie war demnach auch nicht verpflichtet, diesbezüglich weitere Abklärungen zu tätigen.

7.

Im Ergebnis erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. März 2021 als rech- tens. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und demzufolge abzuweisen.

Es ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass es hier einzig um die Überprüfung der Rechtmäs- sigkeit des Einspracheentscheids vom 9. März 2021, d.h. die Ablehnung der Kostenüber- nahme bis zu diesem Zeitpunkt, ging. Die Einreichung eines weiteren Gesuchs, namentlich gestützt auf zwischenzeitlich erfolgte neurologische oder schmerztherapeutische Untersu- chungen, die Entwicklung des Gesundheitszustands und/oder medizinische Erkenntnisse, ist damit nicht ausgeschlossen.

8.

Das kantonale Beschwerdeverfahren in krankenversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG und Art. 18 PKoG [Prozesskostengesetz; NG 261.2]). Bei die- sem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. [Zustellung].

Stans, 9. Juni 2022

VERWALTUNGSGERICHT NIDWALDEN

Sozialversicherungsabteilung

Die Vizepräsidentin

lic. iur. Barbara Brodmann

Der Gerichtsschreiber

MLaw Silvan Zwysig

Versand: _____

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Art. 82 ff. i.V.m. Art. 90 ff. BGG). Die Beschwerde hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Für den Fristenlauf gilt Art. 44 ff. BGG.