

Sozialgericht Berlin

Az.: S 208 KR 4018/15



Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit



- Klägerin -

Proz.-Bev.:
Rechtsanwälte Tim Christian Werner,
Windthorststr. 62, 65929 Frankfurt am Main,
- 325/2015-We 202 -

gegen

AOK Nordost,
- Die Gesundheitskasse -
Behlertstr. 33 A, 14467 Potsdam,
- R/0/0/2 - 4067-15 (444) -

- Beklagte -

hat die 208. Kammer des Sozialgerichts Berlin ohne mündliche Verhandlung am 27. September 2016 durch den Richter am Sozialgericht Dr. Arnhold sowie die ehrenamtlichen Richter Peuler und Brilke für Recht erkannt:

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 23.06.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.10.2015 verurteilt, der Klägerin eine Magenbypassoperation als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Die Parteien streiten über die Versorgung mit einer Magenbypass-Operation.

Die 1991 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Am 21.05.2015 ging bei der Beklagten ein Antrag der Klägerin auf eine Magenbypass-Operation ein. Eine ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung der Allgemeinmedizinerin Dr. Rosenthal, ärztliche Bescheinigungen und weitere Unterlagen waren beigelegt. Bei einer Größe von 1,63 m betrug das Körpergewicht der Klägerin zu dieser Zeit 115 kg.

Die Beklagte erklärte gegenüber der Klägerin mit Schreiben vom 21.05.2015, dass sie zur Beurteilung, ob der geplante Eingriff aus Krankheitsgründen notwendig sei, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e.V. (MDK) um eine sozialmedizinische Stellungnahme bitten werde. Aufgrund der eingereichten Unterlagen könne der MDK jedoch keine Empfehlung abgeben. Damit der MDK den Antrag prüfen könne, würden ein detailliertes Bewegungsprotokoll oder eine Bescheinigung des Sportvereines oder Fitnessstudios über die leitliniengerechte Bewegungstherapie sowie der Gewichtsverlauf für den Zeitraum der durchgeführten multimodalen Therapie benötigt. Die Beklagte bat um Unterstützung, damit sie den Antrag zeitnah abschließend bearbeiten könne. Um Einreichung bis zum 18.06.2015 wurde gebeten. Das Schreiben enthielt ferner den Hinweis auf die Möglichkeit einer Leistungsversagung nach § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I).

Am 21.06.2015 ging bei der Beklagten ein Schreiben der Klägerin vom 18.06.2015 ein, in dem sie u.a. erklärte, dass die Forderungen der Beklagten für sie einen Eingriff in die Privatsphäre darstellten. Ein Gewichtsprotokoll und eine Schweigepflichtsentscheidungserklärung waren beigefügt.

Mit Bescheid vom 23.06.2015 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten für eine Magenbypass-Operation ab. Einen Nachweis bis Februar 2015 über die Teilnahme am Programm des Fitnessstudios habe die Klägerin nicht vorgelegt. Daher könne von der erforderlichen Ausschöpfung der konservativen Maßnahmen nicht ausgegangen werden.

Nach dem Widerspruch der Klägerin beauftragte die Beklagte den MDK mit der Erstellung eines Gutachtens. In seinem Gutachten vom 05.08.2015 gelangte der MDK nach einer körperlichen Untersuchung der Klägerin zu dem Ergebnis, dass die Kostenübernahme für einen bariatrisch-chirurgischen Eingriff nicht befürwortet werden könne.

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 20.10.2015 als unbegründet zurück. Der Nachweis der Ausschöpfung sämtlicher konservativer Therapie- und Behandlungsmethoden sei nicht erbracht worden. Ein Nachweis über eine durchgeführte Bewegungstherapie für den Zeitraum der multimodalen Therapie sei nicht vorgelegt worden. Dem MDK zufolge bestünden zudem Zweifel hinsichtlich der notwendigen psychischen Stabilität sowie postoperativen Belastbarkeit und Compliance der Klägerin.

Mit der am 21.11.2015 bei Gericht eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter.

Sie ist der Auffassung, dass der Antrag auf Versorgung mit einer bariatrischen Operation nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt gelte. Mit Eintritt der Genehmigungsfiktion bestehe ein Anspruch auf Sachleistung. Die Krankenkasse sei mit allen Einwendungen, insbesondere mit der Einwendung fehlender medizinischer Notwendigkeit, ausgeschlossen. Die Beklagte habe erst nach Ablauf der Dreiwochenfrist des § 13 Abs. 3a Satz 1, 1. Fall SGB V über den Antrag entschieden und zuvor keine Mitteilung nach § 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V gemacht.

Nach dem ausdrücklichen Wortlaut der Norm könne eine Mitteilung, dass die Beklagte die normierten Fristen nicht einhalten könne, nicht konkludent erfolgen. Ein Hinweis auf die Fristen des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V habe die Beklagte zu keinem Zeitpunkt erteilt. Es müsse auch die Norm zitiert werden, die der Mitteilung zu Grunde liege. Es reiche nicht, dass der Antragsteller erkennen könne, dass diese Fristen wohl nicht eingehalten werden könnten.

Aus dem Schreiben vom 21.05.2015 gehe nicht hervor, von welcher Frist die Beklagte ausgegangen sei und dass eine Frist – welche auch immer – nicht eingehalten werden könne. Eine Mitteilung nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V müsse zudem die prognostizierte Verzögerung taggenau angeben.

Die Klägerin beantragt,

1. den Bescheid der Beklagten vom 23.06.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides

vom 20.10.2015 aufzuheben,

2. die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin eine adipositaschirurgische Operation (Magenbypass) als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt
die Klage abzuweisen.

Sie meint, die Beklagte habe der Klägerin sinngemäß nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V zu verstehen gegeben, dass die Dreiwochenfrist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V nicht eingehalten werden könne, indem die Beklagte mit Schreiben vom 21.05.2015 von der Klägerin weitere Unterlagen angefordert habe.

Wegen der Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Die Beteiligten haben sich mit ihren Schriftsätzen vom 08.09.2016 und vom 09.09.2016 mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 SGG einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe

Das Gericht konnte nach § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten hiermit ihr Einverständnis erklärt haben.

Die Anfechtungs- und Leistungsklage ist zulässig und begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 23.06.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.10.2015 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat entgegen dem Bescheid einen Anspruch auf Kostenübernahme für die beantragte Magenbypass-Operation. Denn diese beantragte Leistung galt bereits vor Bekanntgabe des ablehnenden Bescheides gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt.

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 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).

Die Beklagte hat die nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V einschlägige Entscheidungsfrist nicht eingehalten. Es galt die Frist von drei Wochen, da die Beklagte zu dem Versorgungsantrag

der Klägerin keine gutachtliche Stellungnahme des MDK einholte. Die Frist begann am auf den Antragseingang folgenden Tag und endete mit dem Ablaufe des Tages der letzten Woche, der nach seiner Benennung dem Tag des Antragseingangs entspricht (vgl. § 26 Abs. 1 und 3 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch [SGB X] in Verbindung mit §§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch). Der Antrag der Klägerin ging am 21.05.2015, einem Donnerstag, bei der Beklagten ein. Die Dreiwochenfrist endete mit Ablauf des 11.06.2015 (Donnerstag). Die Entscheidung der Beklagten über den Antrag der Klägerin erfolgte aber erst mit Bescheid vom 23.06.2015 und damit nach Fristablauf.

Die Frist verlängerte sich nicht allein durch die Anforderung der Unterlagen. Eine Regelung, die § 32 Abs. 1a Satz 4 SGB V entspricht („Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.“) hat der Gesetzgeber in § 13 Abs. 3a SGB V nicht aufgenommen. Aus Verzögerungen, die durch die Einholung ergänzender Informationen erwachsen, sollen dem Willen des Gesetzgebers zufolge keine unmittelbaren Konsequenzen erwachsen. Vielmehr ist im Gesetz ausdrücklich eine Mitteilung der Krankenkasse hinsichtlich der Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist vorgesehen.

Eine den Eintritt der Genehmigungsfiktion verhindernde schriftliche Mitteilung nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V erfolgte nicht. Eine solche Mitteilung ist insbesondere nicht in dem Schreiben der Beklagten vom 21.05.2016 enthalten. Dem Schreiben ist zu entnehmen, dass die angeforderten Unterlagen als notwendig für eine Empfehlung des MDK erachtet werden. Das Schreiben kann schon deswegen nicht als Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist angesehen werden, da weder bei Erstellung des Schreibens noch bei deren Zugang bei der Klägerin absehbar war, ob die Frist eingehalten werden konnte und die Klägerin die Unterlagen noch innerhalb der Entscheidungsfrist vorlegen würde (vgl. auch SG Nürnberg, Urteil vom 30.04.2015 – S 7 KR 496/14). In dem Schreiben lässt die Beklagte die Klägerin nicht einmal wissen, dass es eine Entscheidungsfrist gibt, geschweige denn, ob die Dreiwochenfrist oder die Fünfwochenfrist gilt. Es wird dementsprechend nicht erkennbar gemacht, dass eine gesetzliche Frist nicht eingehalten werden kann.

Die Mitteilung müsste im Übrigen die taggenaue Mitteilung enthalten, welche zeitliche Verzögerung zu erwarten ist (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, Rn. 20). Dies war erst recht nicht der Fall.

Es ist Sache der Beklagten, die Anforderungsfrist so zu wählen, dass die Dreiwochenfrist eingehalten werden kann – nötigenfalls durch eine Entscheidung nach § 66 SGB I – bzw. rechtzeitig eine Mitteilung erfolgen kann, dass die Einhaltung nicht möglich ist.

Es liegt auch kein Fall vor, in dem die Klägerin den Ablauf der Entscheidungsfrist durch bewusstes Verzögern der Unterlagenübersendung herbeigeführt hat (vgl. dazu SG Nürnberg, Endurteil vom 30.04.2015 – S 7 KR 496/14). Vielmehr lag bereits das von der Beklagten gesetzte Ende der Frist zur Unterlageneinreichung nach der gesetzlichen Frist.

Der Antrag auf Versorgung mit einer Magenbypass-Operation ist hinreichend bestimmt und fiktionsfähig. Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist (BSG, a.a.O., Rn. 23).

Die Genehmigungsfiktion erfasst entgegen einer zum Teil vertretenen Ansicht nicht lediglich Leistungen, die dem Qualitätsgebot (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 SGB V) entsprechen. Damit würde der vom Gesetzgeber bewusst gewählte Sanktionscharakter der Vorschrift leerlaufen (vgl. Schifferdecker, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: 90. Ergänzungslieferung Juni 2016, § 13 SGB V Rn. 138). Soweit § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V eine „erforderliche Leistung“ voraussetzt, bedeutet dies, dass der Antrag eine Leistung betrifft, die der Versicherte für erforderlich halten durfte und die

nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt. Diese Einschränkung gilt nach dem Regelungszusammenhang auch im Rahmen des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V (BSG, a.a.O., Rn. 25 f.; Schifferdecker, a.a.O., § 13 SGB V Rn. 139). Eine Magenbypass-Operation unterfällt dem Leistungskatalog der GKV. Angesichts der ärztlichen Verordnung sowie der Stellungnahmen der Allgemeinmedizinerin Dr. Rosenthal, die eine „Schwerpunktpraxis für Übergewichtige“ betreibt, des Chirurgen Prof. Dr. Lange sowie der Psychotherapeutin Dr. Szirmak durfte die Klägerin die Leistung auch für geeignet und erforderlich halten.

Ein Fall des § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) liegt nicht vor (zum Begriff BSG, a.a.O., Rn. 16 ff.).

Gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V gilt die beantragte Leistung seit dem 12.06.2015 als genehmigt. Die Genehmigungsfiktion begründet zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch. Dieser Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren (BSG, a.a.O., Rn. 25). Es besteht nicht lediglich ein Anspruch auf Kostenerstattung im Falle der Selbstbeschaffung (a.A. etwa von Koppenfels-Spies, NZS 2016, 601; Bayerisches LSG, Urteil vom 07.09.2016 – L 20 KR 597/15). Es wird auf die Ausführungen der 8. Kammer des Sozialgericht Dortmund in ihrem Urteil vom 22.01.2016 zum Aktenzeichen S 8 KR 435/14 verwiesen: „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. (...) Für diese Auslegung spricht auch die Legaldefinition, die der Gesetzgeber in § 42a 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, umge-

setzt werden.“

Für diese Auslegung spricht schließlich der Sanktionscharakter der Norm (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 25 mit Verweis auf BT-Drucks 17/10488 S. 32). Ferner enthält § 32 Abs. 1a Satz 3 SGB V eine ähnliche Regelung („Ist in der Richtlinie [des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Heilmittelversorgung] ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge [von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf] innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt.“). Insoweit heißt es in der Entwurfsbegründung der Bundesregierung bezüglich eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VSt, BT-Drucks. 17/6906, S. 54): „Die Genehmigungsfiktion im Falle einer nicht fristgerechten Antragsbearbeitung stellt sicher, dass nach Ablauf der Bescheidungsfrist auch tatsächlich eine Entscheidung vorliegt.“ Dass die Entscheidung nur eine Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung ermöglichen soll, ist weder hier noch im Rahmen des § 13 Abs. 3a SGB V erkennbar. Bei Vorliegen einer Genehmigung kann das Genehmigte, d.h. die Sachleistung, beansprucht werden.

Die Ablehnung der Versorgung durch Bescheid vom 23.06.2015 beinhaltet weder eine Rücknahme bzw. Aufhebung noch einen Widerruf der bereits fiktiv erfolgten Genehmigung. Eine konkludente Aufhebung einer fingierten Genehmigung setzt jedenfalls voraus, dass sich die Behörde erkennbar des Eintritts der Genehmigungsfiktion bewusst ist und den hierdurch begründeten Rechtszustand ändern will (vgl. Stelkens, in: Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, 8. Auflage 2014, § 42a Rn. 60). Die Ablehnung der Leistung mit Schreiben vom 23.06.2015 lässt ein solches Bewusstsein und einen entsprechenden Regelungswillen der Beklagten nicht erkennen (vgl. auch BSG, a.a.O., Rn. 32).

Überdies sind die Voraussetzungen der allein in Betracht kommenden Vorschriften der §§ 44 bis 48 SGB X nicht erfüllt sind. Weder war die fiktive Genehmigung der Leistung rechtswidrig, noch war die Beklagte berechtigt, die rechtmäßige fiktive Genehmigung zu widerrufen, noch ist in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse die zum Zeitpunkt der fiktiven Genehmigung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten, die die Aufhebung der Genehmigung gerechtfertigt hätte. Die Rechtmäßigkeit beurteilt sich nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V, nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs. Die spätere Mitteilung der ablehnenden Entscheidung der Beklagten lässt die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion unberührt (BSG, a.a.O., Rn. 32).

Dem BSG zufolge (a.a.O., Rn. 31) wird eine Genehmigung gegenstandslos, wenn Bestand oder Rechtswirkungen einer Genehmigung für den Adressaten erkennbar von vornherein an den Fortbestand einer bestimmten Situation gebunden sind und diese Situation nicht mehr besteht. Geänderte Umstände, die die Genehmigung entfallen ließen, sind jedoch nicht ersichtlich.

Die Kostenfolge ergibt sich aus § 193 SGG.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Försterweg 2 - 6, 14482 Potsdam, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht

Berlin, Invalidenstraße 52, 10557 Berlin, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Berlin schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

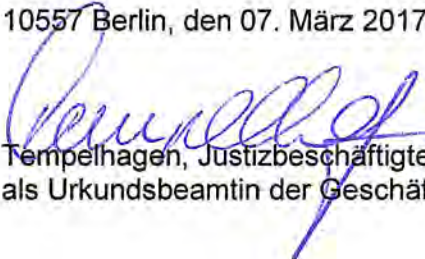
Die elektronische Form wird durch eine qualifizierte signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr mit der Justiz im Land Berlin vom 27. Dezember 2006 (GVBl. S. 1183) i. d. F. vom 9. Dezember 2009 (GVBl. S. 881) bzw. der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg vom 14. Dezember 2006 (GVBl. II S. 558) i. d. F. vom 1. Oktober 2007 (GVBl. II S. 425) in die elektronische Poststelle des jeweiligen Gerichts zu übermitteln ist. Nähere Hinweise zu den Kommunikationswegen für den elektronischen Rechtsverkehr können unter den Internetadressen www.berlin.de/sen/justv/service/elektronischer-rechtsverkehr bzw. www.erv.brandenburg.de abgerufen werden.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Dr. Arnhold
Richter am Sozialgericht

Vorstehende Ausfertigung wird der Klägerin zum Zwecke der Zwangsvollstreckung erteilt mit dem Bemerkung, dass eine beglaubigte Abschrift dieses Urteils der Beklagten am 14.10.2016 zugestellt worden ist.

10557 Berlin, den 07. März 2017


Tempelhagen, Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle





**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

Recht – Justizariat

Postanschrift
14456 Potsdam

Gesprächspartner
Tobias van der Ploeg

Telefon (kostenfrei)
0800 265080-21058

Fax
0800 265080-21050

E-Mail
Tobias.vanderPloeg@nordost.aok.de

Datum
08.11.2016

Unser Zeichen (Bitte stets angeben)
R/0/0/1 - 4067-15 (444) - pl

AOK Nordost · 14456 Potsdam

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Försterweg 2 - 6
14482 Potsdam

In dem Rechtsstreit



gegen

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

- Az. des SG Berlin: S 208 KR 4018/15 -

wird gegen das Urteil des SG Berlin vom 27.09.2016 (der Beklagten zugegangen am 14.10.2016) Berufung eingelegt und beantragt,

unter Aufhebung des Urteils des SG Berlin vom 27.09.2016 (Az.: S 208 KR 4018/15) die Klage abzuweisen.

Die Beklagte wird darlegen, weshalb die nunmehr angefochtene Entscheidung rechtsfehlerhaft ist.

Die Berufung erfolgt zunächst zur Wahrung der Berufungsfrist, die Berufungsbegründung erfolgt in einem gesonderten Schriftsatz.

Eine Abschrift sowie eine Kopie des angefochtenen Urteils anbei.

gez. van der Ploeg

Tobias van der Ploeg
- Justiziar -

Anlage

Servicetelefon: rund um die Uhr – 0800 2650800 (Inland) bzw. +49 331 2772-1111 (Ausland)

Bankkonto: Berliner Bank/Ndl. Deutsche Bank PGK AG
IBAN: DE92 1007 0848 0513 4630 03, BIC: DEUTDEDB110

**Nichtöffentliche Sitzung des 1. Senats
des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg
Donnerstag, 23. März 2017
14482 Potsdam, Försterweg 2-6, 3. Etage, Saal 8**



Berichterstatter: Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Weinert

Ohne Hinzuziehung eines Protokollführers gemäß § 122 SGG, § 159 Abs. 1 ZPO

L 1 KR 517/16
S 208 KR 4018/15
Sozialgericht Berlin

Niederschrift In dem Rechtsstreit



- Klägerin und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte/r:
Rechtsanwalt Werner Rechtsanwälte,
Windthorststraße 62, 65929 Frankfurt
Az.: 325/2015-We 202

gegen

AOK Nordost
Die Gesundheitskasse,
Behlertstraße 33 A, 14467 Potsdam
Az.: R/0/0/1 - 4067-15 (444) – pl

- Beklagte und Berufungsklägerin -

erscheinen nach Aufruf der Sache:

für die Klägerin Herr Rechtsanwalt Werner
und für die Beklagte Herr van der Ploeg unter Bezugnahme auf die bei Gericht
hinterlegte Generalterminsvollmacht.

Der Vorsitzende eröffnet den Erörterungstermin. Der Sach- und Rechtslage wird mit
den Beteiligten erörtert.

Der Vorsitzende weist darauf hin, dass die Berufung keinen Erfolg haben dürfte. Nach den Vorgaben des Bundessozialgerichts in dem Urteil vom 8. März 2016 – B 1 KR 25/15 – ist hier rechtswirksam eine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V eingetreten. § 13 Abs. 3a SGB V gewährt dem Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch ausschließlich unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V. Die Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs sind danach ausdrücklich nicht zu prüfen.

Dementsprechend dürfte auch der Antrag auf Aussetzung der Vollstreckung keinen Erfolg haben.

Auf dringendes Anraten des Vorsitzenden erklärt die Beklagte:

Ich nehme den Antrag auf Aussetzung der Vollstreckung und die Berufung zurück.

Die Beklagte erstattet der Klägerin die gesamten Kosten des Rechtsstreits dem Grunde nach.

Vorgespielt und genehmigt.

Der Vorsitzende schließt den Erörterungstermin.

Beginn des Termins: 12.25 Uhr

Ende des Termins: 13.05 Uhr

Zugleich für die Richtigkeit
der Übertragung vom Tonträger

Weinert
Vorsitzender

Maleck
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle