

# Beglaubigte Abschrift

S 17 KR 1485/15



## SOZIALGERICHT MÜNCHEN GERICHTSBESCHIED

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]  
- Klägerin -

Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte Tim Christian Werner u.a., Windthorststraße 62, 65929 Frankfurt -  
304/2015-We-202 -

gegen

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, vertreten durch den Direktor der Direktion Mün-  
chen, Landsberger Straße 150-152, 80339 München - SG.-Nr. R 264/15 -

- Beklagte -

Krankenversicherung

Die 17. Kammer des Sozialgerichts München erlässt durch ihre Vorsitzende, Richterin am  
Sozialgericht Wagner-Kürn, am 20. Dezember 2016 ohne mündliche Verhandlung folgen-  
den

### G e r i c h t s b e s c h e i d

- I. Der Bescheid vom 02.11.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom  
14.12.2015 wird aufgehoben.
- II. Die Beklagte wird verurteilt, die Klägerin aufgrund der gem. § 13 Abs. 3a S. 6 SGB  
V eingetretenen Genehmigungsfiktion mit der beantragten Schlauchmagen-  
Operation als Sachleistung zu versorgen.
- III. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

T a t b e s t a n d :

Streitig ist die Verpflichtung der Beklagten, die Klägerin auf ihren Antrag vom 01.09.2015 hin mit einer Schlauchmagen-Operation als Sachleistung zu versorgen.

Die am 17.01.1984 geborene, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Klägerin, hatte mit ihrem am 21.09.2015 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben vom 01.09.2015 einen Antrag auf Kostenübernahme für eine bariatrische Operation (Schlauchmagen-Operation) bei der Viszera GmbH – Bauchchirurgie München - gestellt.

Als Begründung gab sie an, sie wiege bei einer Körpergröße von 1,71 m momentan 140 kg, das ergebe einen BMI von 48 Kg/m<sup>2</sup>. Die Knorpel ihrer Knie seien bereits geschädigt wegen der hohen Belastung durch das langjährige Übergewicht, Hüft- und Fußgelenke schmerzen nach längerer Belastung sehr. Darüber hinaus leide sie unter Wirbelsäulenproblemen, schmerzhaften Hautveränderungen an den Oberschenkelinnenseiten und Entzündungen in Hautfalten sowie einer Fettleber. Sie habe konservative Behandlungsmethoden ausgeschöpft, habe unzählige selbst initiierte Abnehmversuche mit Weight Watchers, Glyx Diät etc. unternommen und habe sich zur Gewichtsabnahme auch stationär in der Klinik Hochried in Murnau 1995 für 12 Wochen und in der Anake Klinik Freyung im Jahr 2013 für 10 Wochen aufgehalten. Bereits im Jahr 2007 habe sie sich einer selbst bezahlten bariatrischen Operation unterzogen und ca. 28 kg abgenommen.

Beigefügt hatte die Klägerin eine Aufstellung über ihr Gewicht und die Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung seit 1995, ein Ernährungstagebuch für den Zeitraum vom 13.07.2015 bis 26.07.2015, diverse Atteste der behandelnden Ärzte, u.a. der Viszera GmbH- Bauchchirurgie München - (Dr. Michael Kramer) bzw. des Orthopäden Dr. Stefan Uhl und des Dermatologen Dr. Josef Pilz und eine Bescheinigung über die Teilnahme an er Integrierten Versorgung des Therapienetzes Essstörung für den Zeitraum von Dezember 2012 bis Dezember 2014, wonach trotz der Verbesserung des Essverhaltens bei der Klägerin eine nachhaltige Gewichtsreduktion nicht erreicht werden konnte (Bl. 4 ff. der VerwA).

Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) am 22.09.2015 mit der Begutachtung und teilte der Klägerin mit Schreiben vom 21.09.2015 mit, dass für die weitere Bearbeitung eine gutachterliche Stellungnahme des MDK erforderlich sei.

Nach der medizinischen Stellungnahme des MDK Bayern vom 30.10.2015, auf deren Inhalt Bezug genommen wird, fehlten zum Nachweis des Ausschlusses von Kontraindikationen auf kardiopulmonalem, gastroenterologischem und endokrinologischem Gebiet sowie ein nervenärztlicher Befund zum Ausschluss von Kontraindikationen auf psychiatrischem Gebiet. Es fehle auch der Nachweis eines mindestens 6-, besser 12- monatigen konservativen multimodalen Behandlungskonzepts (Ernährungs- und Bewegungs-, Verhaltenstherapie). Ferner fehle der Krankenhausbericht über den 10-wöchigen Aufenthalt aus dem Jahr 2013. Die vorgelegten Unterlagen reichten nicht aus, um eine Ultima Ratio Situation abzuleiten. Eine medizinische Notwendigkeit für die beantragte Maßnahme liege nicht vor.

Mit Bescheid vom 02.11.2015 lehnte die Beklagte unter Bezugnahme auf die MDK-Stellungnahme den Antrag der Klägerin ab und verwies auf die Kriterien des BSG-Urteils von 2003 in Verbindung mit den aktuellen Leitlinien der einschlägigen deutschen Fachgesellschaften. Danach fallen bariatrische Operationen nur unter engen Voraussetzungen in die Leistungspflicht der GKV.

Die Klägerin ließ gegen diesen Bescheid am 05.11.2015 Widerspruch erheben.

Zudem ließ die Klägerin am 05.11.2015 eine Klage beim Sozialgericht München erheben, die zunächst gerichtet war auf Feststellung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 a S. 6 SGB V. Zur Klagebegründung führte die anwaltlich vertretene Klägerin im Wesentlichen aus, dass die Beklagte die Fünf-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3 a S. 1 SGB V nicht eingehalten habe. Eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung der Beklagten an die Klägerin, man könne die Fünf-Wochen-Frist nicht einhalten, wie sie § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V zwingend vorschreibt, sei gerade nicht erfolgt. Als Folge hiervon trete die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V ein. Eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit finde dann- wie nach dem Erlass eines positiven Bewilligungsbescheids- nicht mehr statt. Die Norm gelte nicht nur im Bereich der Erstattungsansprüche, sondern auch im Bereich der Sachleistungsansprüche. Läuft die Frist des § 13 Abs. 3 a Satz 1 SGB V ab, ohne dass die Krankenkasse eine rechtzeitige Mitteilung im Sinne des § 13 Abs. 3 a Satz 5 SGB V gemacht hat, gelte der Antrag als genehmigt. Die Krankenkasse sei nach dem Eintritt der Genehmigungsfiktion mit allen Einwendungen, insbesondere der Einwendung der fehlenden medizinischen Notwendigkeit, ausgeschlossen. Hierin liege der Sanktionscharakter der Norm.

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 14.12.2015 zurück. Sie bezog sich auf die Stellungnahme des MDK, der nach Überzeu-

gung der Widerspruchsstelle in schlüssiger Weise bestätigt habe, dass aufgrund fehlender Nachweise und Unterlagen derzeit von einer Ultima Ratio Situation bei der Klägerin nicht ausgegangen werden könne. Eine Kostenübernahmeerklärung für eine Schlauchmagen-Operation könne daher nicht erfolgen. Im Übrigen greife die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 nur, wenn der Antrag eine grundsätzlich von der Krankenkasse innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung geschuldete Leistung betreffe und diese dem Qualitätsgebot (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 SGB V) entspreche. Die systematische Stellung in § 13 SGB V, der verschiedenste Fallgestaltungen von Kostenerstattungsansprüchen regele und die Gesetzgebungsbegründung zu § 13 Abs. 3 a SGB V, die ausdrücklich Bezug nehme auf einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch, sprächen für eine einschränkende Auslegung der Vorschrift. Da der Klägerin die materiell-rechtlich begehrte Schlauchmagenoperation nicht zustehe, könne dies auch nicht mit der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 Satz 6 SGB V bewirkt werden.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat die Feststellungsklage mit Schriftsatz vom 21.12.2015 in eine Leistungsklage umgestellt.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid vom 02.11.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.12.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V eine bariatrische Operation (Schlauchmagen) als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält an ihrer bisher geäußerten Rechtsauffassung fest und stimmt der Umstellung auf eine Leistungsklage zu. Hinsichtlich der Genehmigungsfiktion verweist sie auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und die Prozessakten verwiesen.



## E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Über den Rechtsstreit konnte gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden werden, da die Sache keine besonderen Schwierigkeiten in rechtlicher oder tatsächlicher Hinsicht aufweist und der Sachverhalt geklärt ist. Die Beteiligten wurden hierzu gehört.

Die Klage ist zulässig und begründet.

Sie ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage statthaft.

Die Klageänderung von einer Feststellungs- in eine Anfechtungs- und Leistungsklage ist zulässig, da die Beklagte eingewilligt hat und wäre im Übrigen auch sachdienlich, § 99 Abs. 1 SGG.

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 die Klägerin ihren Sachleistungsanspruch auf die Regelung des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V stützt. Danach gilt eine Leistung nach Ablauf der in Satz 1 der Vorschrift genannten Frist als genehmigt, wenn keine schriftliche Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die verzögerte Bearbeitung erfolgt. Mit Eintritt der Fiktion besteht damit der Rechtsanspruch auf die beantragte Leistung, ohne dass hierüber noch ein gesonderter Bescheid zu erteilen wäre. Die Fiktion ersetzt somit den Genehmigungsbescheid (so auch Sozialgericht Augsburg, Urteil vom 03.06.2014 - S 6 KR 339/13 -; SG Nürnberg, Urteil vom 27.03.2014 - S 7 KR 520/13 - jeweils juris). Die prozessuale Situation entspricht daher dem Fall, dass ein erteilter Bewilligungsbescheid von der Verwaltungsbehörde nicht vollzogen wird. Auch hier ist die echte Leistungsklage zulässig, da ein Verwaltungsakt nicht mehr zu ergehen braucht (§ 54 Abs. 5 SGG).

Die allgemeine Leistungsklage konnte hier auch mit einer Anfechtungsklage verbunden werden, da der Klägerin 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 (Bundessozialgericht [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 erweist sich auch in der Sache als begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 02.11.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.12.2015 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die von der Klägerin als Sachleistung beantragte Versorgung mit der begehrten Schlauchmagen-Operation gilt 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).

§ 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 12/2015, § 13 Rn. 58I). Insoweit kommt der Vorschrift gegenüber der zu langsam arbeitenden Krankenkasse auch eine gewisse Sanktionswirkung zu (SG Mann-

heim, Urteil vom 03.06.2014 - S 9 KR 3174/13 -, juris-Rn. 20; SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 - S 16 KR 96/14 -, juris Rn. 15; Wenner, SGB 2013, 162 ff.).

Die Klägerin hat ihren Antrag nach Inkrafttreten der Vorschrift am 26.02.2013 gestellt.

Die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion für die beantragte Sachleistung nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V liegen vor.

Die von der Klägerin beantragte bariatrische Operation (Schlauchmagen-Operation) galt wegen des Fristablaufs als genehmigt. Denn die leistungsberechtigte Klägerin (vgl. a) stellte bei der Beklagten einen hinreichend bestimmten Antrag (vgl. b) auf Kostenübernahme für eine Schlauchmagen-Operation bei der Viszera GmbH- Bauchchirurgie München - wegen langjähriger Adipositas, welche sie subjektiv für erforderlich halten durfte und welche nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV (vgl. c) liegt. Diesen Antrag beschied die Beklagte nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V, ohne der Klägerin hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen (vgl. d) (zu den Voraussetzungen vgl. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R, Rn. 21 in juris).

a) Die Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert und leistungsberechtigt im Sinne der Regelung. Leistungsberechtigter ist derjenige, der berechtigt ist, Leistungen nach dem SGB V zu beanspruchen.

b) Die Klägerin beantragte hinreichend bestimmt die Gewährung einer Schlauchmagen-Operation zur Behandlung ihrer Adipositas. Damit die Leistung im Rechtssinne nach Ablauf der Frist als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags (BSG vom 08.03.2016, a.a.O.) Entsprechend der allgemeinen, in § 42 a VwVfG normierten Grundsätze gilt eine beantragte Genehmigung nach Ablauf einer für die Entscheidung festgelegten Frist als erteilt, wenn dies durch Rechtsvorschrift angeordnet und der Antrag hinreichend bestimmt ist. 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 vom 08.03.2016, a.a.O.). Der Antrag der Klägerin auf Gewährung einer bariatrischen Operation (Schlauchmagen-Operation) ist hinreichend bestimmt, insbesondere weil die Klägerin ausführt, welche von verschiedenen bariatrischen Operationen sie konkret begehrt und wo sie diese durchführen lassen will. Der Antrag ist hinreichend bestimmt und fiktionsfähig.

c) Der Antrag der Klägerin betraf eine Leistung, die sie für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV lag. Die Gesetzesrege-

lung ordnet diese Einschränkung für die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrücklich, aber sinngemäß nach dem Regelungszusammenhang und –zweck an (BSG vom 08.03.2016, a.a.O., Rn. 25 in juris).

Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Einerseits soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen. Die Gesetzesmaterialien sprechen beispielhaft den Fall an, dass die KK auch im Fall der selbstbeschafften Leistung, zum Beispiel bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, nicht den vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil zu übernehmen hat (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit <14. Ausschuss> zu dem Entwurf eines PatRVerbG der Bundesregierung, BT-Drucks 17/11710 S 30; im Ergebnis ähnlich etwa LSG NRW Beschluss vom 23.5.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - Juris RdNr 9; Schleswig-Holsteinisches LSG Beschluss vom 20.1.2016 - L 5 KR 238/15 B ER - Juris RdNr 23 ff; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Dezember 2015, § 13 RdNr 58I; Vogl, NZS 2014, 210, 211; Werner, SGB 2015, 323, 325; aA etwa LSG NRW Beschluss vom 26.5.2014 - L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B - Juris RdNr 26 ff; Helbig in jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 13 RdNr 74; Kingreen in Becker/Kingreen, SGB V, 4. Aufl 2014, § 13 RdNr 29; Knispel, SGB 2014, 374, 376; Rieker, NZS 2015, 294, 297; Preis/Schneider, NZS 2013, 281, 288; Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand Dezember 2015, § 13 RdNr 43).

Die beantragte Schlauchmagen-Operation unterfällt grundsätzlich dem Leistungskatalog der GKV, auch wenn die medizinische Erforderlichkeit insbesondere im Hinblick auf das Vorliegen einer ultima ratio Situation individuell bei jedem Versicherten konkret zu überprüfen ist. Die Klägerin durfte die Behandlung aufgrund der fachlichen Empfehlung durch Dr. Michael Kramer (Viszera GmbH –Bauchchirurgie München -) sowie der weiteren konsultierten Ärzte und vor allem auch im Hinblick auf ihren BMI von 48 kg/m<sup>2</sup> subjektiv für geeignet und erforderlich halten.

Das Gericht schließt sich der Argumentation der Beklagten, wonach die Genehmigungsfiktion keinen Sachleistungsanspruch nach § 13 Abs. 3a S. 6 begründen kann (so auch Bayerisches LSG vom 07.09.2016, L 20 KR 597/15), nicht an. Diese Ansicht widerspricht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R,



Rn. 25 in juris), wonach die Genehmigungsfiktion zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch begründet, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspricht. Der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren. Eine einschränkende Auslegung des § 13 Abs. 3 a S. 6 SGB V ist zur Überzeugung des Gerichts daher nicht veranlasst.

d) Die Klägerin hat ihren Antrag mit Schreiben vom 01.09.2015 gestellt. Der Antrag ist am 21.09.2015 bei der Beklagten eingegangen. Die Beklagte hat mit Bescheid vom 02.11.2015 entschieden, also zweifellos nach Ablauf der 5-wöchigen Frist am 26.10.2015 (§ 26 Abs. 1 und 3 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i.V.m. §§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)).

Eine den Eintritt der Genehmigungsfiktion verhindernde schriftliche Mitteilung nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V erfolgte nicht. Zwar hat die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 21.09.2015 darüber informiert, dass die Sache dem MDK zur Begutachtung übergeben wurde. Nach dem eindeutigen Wortlaut des § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V muss die Mitteilung schriftlich erfolgen und die Gründe für die Verzögerung der Entscheidung enthalten. Die Beklagte hätte daher zur Erreichung einer Fristverlängerung zwingend noch vor Ablauf der Frist mitteilen müssen, dass sie die Frist nicht einhalten können würde und sie hätte die Gründe hierfür mit der taggenau prognostizierten Dauer des Bestehens dieser Gründe (so BSG vom 08.03.2016, a.a.O., Rn. 20 in juris) 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).

Durch die Genehmigungsfiktion gilt die Genehmigung der beantragten Leistungen durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Dieser fingierte Verwaltungsakt ist auch nicht konkludent durch den von der Beklagten erlassenen Bescheid vom 02.11.2015 in

der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.12.2015 zurückgenommen oder widerrufen worden,

Die fingierte Genehmigung schützt den Adressaten dadurch, dass sie ihre Wirksamkeit ausschließlich nach den allgemeinen Grundsätzen über Erledigung, Widerruf und Rücknahme eines begünstigenden Verwaltungsakts verliert. Ihre Rechtmäßigkeit beurteilt sich nach der Erfüllung der oben aufgezeigten Voraussetzungen (§ 13 Abs. 3a SGB V), nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs. Die spätere Mitteilung der ablehnenden Entscheidung der Beklagten lassen die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion unberührt; die Ablehnung der Leistung regelt weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme oder den Widerruf der fingierten Genehmigung (so BSG vom 08.03.2016, a.a.O., Rn. 32 in juris).

Die von der Beklagten außerhalb des durch die Genehmigungsfiktion abgeschlossenen Verwaltungsverfahrens erlassenen und angefochtenen Bescheide waren mithin rechtswidrig und daher aufgrund ihrer Rechtsscheinwirkung aufzuheben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

### Rechtsmittelbelehrung

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Gerichtsbescheids beim Bayer. Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München, oder bei der Zweigstelle des Bayer. Landessozialgerichts, Rusterberg 2, 97421 Schweinfurt, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Bayer. Landessozialgericht in elektronischer Form einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Sozialgericht München in elektronischer Form eingelegt wird.

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Sozialgerichtsbarkeit - ERVV SG" an die elektronische Gerichtspoststelle des Bayer. Landessozialgerichts oder des Sozialgerichts München zu übermitteln ist. Über das Internetportal des elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs ([www.egvp.de](http://www.egvp.de)) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsschrift soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Wagner-Kürn

