

Beglaubigte Abschrift

S 8 KR 389/14



SOZIALGERICHT REGENSBURG

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

in dem Rechtsstreit

[REDACTED]
- Klägerin -

Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte Tim Christian Werner u.Koll., Windthorstraße 62, 65929 Frankfurt -
210/2014-We 202 -

gegen

BARMER GEK, vertreten durch den Vorstand, Lichtscheider Straße 89-95, 42285 Wuppertal - 1020-30-43220-Gr205 -

- Beklagte -

Die 8. Kammer des Sozialgerichts Regensburg hat auf die mündliche Verhandlung in Regensburg

am 30. August 2016

durch die Richterin am Sozialgericht Dr. Herrmann als Vorsitzende sowie die ehrenamtlichen Richter Klein und Gruber

für Recht erkannt:

- I. Der Bescheid der Beklagten vom 16.09.2014 wird aufgehoben.
- II. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion die Magenbypass-Operation zu gewähren.
- III. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

T a t b e s t a n d :

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Gewährung einer Magenbypass-Operation.

Die am 17.08.1956 geborene und bei der Beklagten versicherte Klägerin leidet seit vielen Jahren an Übergewicht. Im Frühjahr 2014 stellte sie sich zur Behandlung ihrer Adipositas mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 58 bei einem Gewicht von 177 kg und einer Körpergröße von 174 cm in der Asklepios Klinik in Burglengenfeld vor. Der behandelnde Arzt – Dr. von Pichler – empfahl ihr aufgrund der bei ihr vorliegenden Adipositas 3. Grades die Durchführung einer adipositaschirurgischen Maßnahme.

Mit Schreiben vom 10.03.2014 (eingegangen am 11.03.2014) beantragte die Klägerin bei der Beklagten nach vorheriger persönlicher Kontaktaufnahme die Kostenübernahme für eine Magenbypass-Operation. Die Beklagte bat sie daraufhin am 13.03.2014 um weitere Informationen, insbesondere zu ihrem Gewichtsverlauf und zu ihrer Ernährung, und wies sie außerdem darauf hin, dass zur Beurteilung des Antrags ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eingeholt werden müsse. Mit Schreiben vom 11.04.2014 erläuterte Dr. von Pichler seine medizinische Sichtweise näher, insbesondere auch unter Berufung auf die im April 2014 aktualisierte S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“.

Nach Eingang der gewünschten Unterlagen beauftragte die Beklagte den MDK. Dieser wandte in seinem Gutachten vom 07.07.2014 ein, die von Dr. von Pichler vorgebrachte „primäre OP-Indikation“ sei ohne adäquate präoperative konservative Therapie weder wissenschaftlich begründbar noch medizinisch verantwortbar. Zur abschließenden Bewertung wurden weitere Unterlagen angefordert.

Mit ausführlichem Folgegutachten vom 15.09.2014 konstatierte der MDK, dass bei der Klägerin die von der Rechtsprechung geforderte Ultima-ratio-Situation nicht vorliege. Ein multimodales Behandlungskonzept zur Gewichtsreduktion sei bisher noch nicht durchgeführt worden. Die Klägerin sei nicht derart immobil, dass eine konservative Adipositastherapie von vornherein ohne Aussicht auf Erfolg wäre. Auch sonst lägen keine Umstände (z. B. Diabetes mit extrem hohem Insulinbedarf) vor, die eine diätische Therapie nahezu unmöglich machen würden. Eine zumindest relative Kontraindikation bestehe aufgrund einer psychiatrisch noch nicht behandelten Essstörung im Sinne einer „Binge-Eating-Disorder“ mit Essattacken.

Auf Basis dieser Gutachten lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 16.09.2014 ab. Die Klägerin legte Widerspruch ein.

Mit Schriftsatz vom 17.10.2014 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Regensburg. Ihr Prozessbevollmächtigter hat vorgetragen, der Anspruch bestünde bereits deshalb, weil die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V eingetreten sei. Der Antrag der Klägerin (spätestens eingegangen am 13.03.2014) sei erst mit Bescheid vom 16.09.2014 verbeschieden worden. Die durch Einschaltung des MDK laufende Fünf-Wochen-Frist sei nicht eingehalten worden. Auch sei zu keinem Zeitpunkt eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung der Beklagten erfolgt, dass die Frist nicht eingehalten werden könne. Die Genehmigungsfiktion ersetze den positiven Bewilligungsbescheid. Eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit finde nicht mehr statt.

In der mündlichen Verhandlung hat der Prozessbevollmächtigte seinen ursprünglichen Feststellungsantrag umgestellt und beantragt,

1. den Bescheid der Beklagten vom 16.09.2014 aufzuheben und
2. die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion eine Magenbypass-Operation zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie führt an, die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V regle keinen Anspruch auf Sachleistung, sondern lediglich einen Anspruch auf Kostenerstattung. Der Anspruch auf Kostenerstattung könne nicht weitergehen, als der Leistungsanspruch selbst. Nach den übereinstimmenden Gutachten des MDK sei eine medizinische Indikation für die begehrte Magenbypass-Operation nicht gegeben. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB würde verletzt, wenn die Beklagte dennoch die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung übernehmen müsste.

Zur weiteren Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten und den Inhalt der Verfahrensakte Bezug genommen.

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

Die zum sachlich (§ 51 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) und örtlich (§ 57 SGG) zuständigen Sozialgericht Regensburg erhobene Klage ist zulässig und begründet.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Gewährung der beantragten Magenbypass-Operation. Dieser ergibt sich bereits daraus, dass die beantragte Leistung von Gesetzes wegen als genehmigt gilt.

Grundlage hierfür ist § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V in der seit dem 26.02.2013 geltenden Fassung vom 20.02.2013 ("Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten", Bundesgesetzblatt I 2013, S. 277). Die Regelung lautet: "Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt." Die Regelung ist nur im Zusammenhang mit § 13 Abs. 3a Sätze 1 bis 5 SGB V verständlich. Diese lauten: Die Krankenkasse hat 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antrags- eingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gut- achtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutach- terverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leis- tungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.

Bei der Beklagten ist am 11.03.2014 der Antrag der Klägerin vom 10.03.2014 auf Gewäh- rung einer Magenbypass-Operation eingegangen. Über diesen Antrag hätte die Beklagte spätestens innerhalb von fünf Wochen entscheiden müssen (§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V) oder der Klägerin unter Darlegung der Gründe schriftlich mitteilen müssen, dass sie die Frist nicht einhalten könne (§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V). Vorliegend teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 13.03.2014 mit, dass man den MDK eingeschalten werde und noch weitere Unterlagen benötige. Dies entspricht nicht einer begründeten Mitteilung, dass man die Entscheidungsfrist nicht einhalten könne. Alleine die Frist zur Entscheidung verlängert sich durch die Beteiligung des MDK von drei auf fünf Wochen. Die nochmalige

Anforderung weiterer Unterlagen erfolgte dann erst nach Eingang des ersten MDK-Gutachtens im Juli 2014.

Da der Antrag der Klägerin am 11.03.2014 eingegangen ist, begann die Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V am 12.03.2014 zu laufen und endete am 15.04.2014. Mit Ablauf des 15.04.2014 galt daher die beantragte Leistung gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt. Diese Vorschrift ist auf die beantragte Magenbypass-Operation als ärztliche Behandlung im Krankenhaus auch anwendbar. Dieses war "die beantragte Leistung". Die Rechtsfolge des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ist auch nicht auf eine Kostenerstattung beschränkt. Angesichts des klaren Wortlauts ("die beantragte Leistung") besteht kein Auslegungsbedarf. Wäre der Geltungsbereich dieser Regelung alleine auf einen Erstattungsanspruch beschränkt, so wäre § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V praktisch ohne Regelungsgehalt (vgl. zum Streitstand: Krüger, NZS 2016, S. 521ff.; aA: Koppenfels-Spies, NZS 2016, Rn. 601ff.). Denn die Möglichkeit, sich die erforderliche Leistung selbst zu beschaffen und von der Kasse Erstattung zu verlangen, gibt bereits § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V. Für die Kammer stellt sich der Regelungsgehalt des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V daher so dar, dass durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion (vgl. auch die Überschrift der Gesetzesbegründung "Genehmigungsfiktion", Bundesgesetzblatt Jahr 2013 Teil 1 Nr. 9 vom 25.02.2013, S. 279) der Genehmigungsbescheid der Beklagten ersetzt wird. Für diese Auslegung spricht auch die Legaldefinition, die der Gesetzgeber in § 42a VwVfG 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 ist die Konsequenz, dass vom Gesetz unterstellt wird, es wäre von der Behörde ein bestimmter Verwaltungsakt erlassen worden ("fiktiver Verwaltungsakt"). Der Versicherte kann dies dann zum Anlass nehmen, entweder von der Beklagten die Leistung zu verlangen oder sich gem. § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V die Leistung selbst zu beschaffen. Würde sich nämlich ansonsten der Versicherte die Leistung selbst beschaffen, ohne dass eine explizite Entscheidung der Kasse vorliegt, dann stünde - entsprechend der Rechtsprechung des BSG zu § 13 Abs. 3 SGB V - das Fehlen einer ablehnenden Entscheidung dem Kostenerstattungsanspruch entgegen. Folglich war es auch notwendig, für diesen Fall (Genehmigung ohne Bescheid) eine gesonderte Regelung zu treffen. Würde man die Regelung jedoch auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränken, so würde sie weitgehend ins Leere laufen. Je höher der Wert der im Raum stehenden beantragten Leistung und je höher somit auch die Schutzbedürftigkeit des Versicherten ist, umso kleiner wäre der Anwendungsbereich der

Genehmigungsfiktion, da Voraussetzung für die Anwendung wäre, dass der Versicherte in der Lage sein müsste, die entsprechenden Kosten vorzuschießen.

Das Bayerische Landessozialgericht hat die Entscheidung des SG Nürnberg in einem ähnlichen Fall (Urteil vom 07.07.2014, Az. S 7 KR 112/14) mit Urteil vom 23.02.2016 (Az. L 5 KR 351/14) bestätigt. Mit dieser Entscheidung hat es die teilweise in der Rechtsprechung und Literatur vertretene Ansicht zurückgewiesen, wonach die Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V nur bei einer Leistung greifen könne, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen habe (Rn. 32). Die Revision wurde zugelassen. Unter dem Az. B 3 KR 8/16 R ist das Verfahren am Bundessozialgericht und damit aktuell die Frage der Bedeutung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V anhängig. Ebenso wie der fünfte Senat des Bayerischen Landessozialgerichts hat das BSG mit Urteil vom 08.03.2016 (Az. B 1 KR 25/15 R) entschieden, dass die Genehmigungsfiktion zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch begründet. Für diese Auslegung spreche der Sanktionscharakter der Norm (Rn. 25). Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen in § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V bewirke eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen (Rn. 26).

So verhält es sich hier: Die S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas wurde im April 2014 aktualisiert. Darin wird eine primäre OP-Indikation bei einem BMI von > 50 in Erwägung gezogen, auch wenn die Empfehlung der Experten hierzu offen blieb. Subjektiv konnte die Klägerin – auch aufgrund der ärztlichen Beratung durch Dr. vom Pichler – zum Zeitpunkt des Eintritts der Genehmigungsfiktion am 15.04.2014 davon ausgehen, dass in ihrem konkreten Einzelfall die begehrte Magenbypass-Operation zur Behandlung ihrer Adipositas bei einem BMI von 58 als ultima-ratio erforderlich war und nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV lag.

Nach alledem war der Klage stattzugeben.

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 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 Regensburg, Safferlingstraße 23, 93053 Regensburg, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Sozialgericht Regensburg 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 Regensburg zu übermitteln ist. Über das Internetportal des elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsschrift soll das angefochtene Urteil 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 beigelegt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Die Vorsitzende der 8. Kammer

Dr. Herrmann
Richterin am Sozialgericht



Beglaubigte Abschrift

L 4 KR 497/16 ER
S 8 KR 389/14



BAYERISCHES LANDESSOZIALGERICHT

In dem Antragsverfahren

[REDACTED]
- Klägerin und Antragsgegnerin -

Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte Tim Christian Werner u.Koll., Windthorststraße 62, 65929 Frankfurt -
210/2014-We 202 -

gegen

BARMER, vertreten durch den Vorstand, Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal -
1020-30-87142-Gr205 -

- Beklagte und Antragstellerin -

erlässt der 4. Senat des Bayer. Landessozialgerichts in München

am 27. Januar 2017

ohne mündliche Verhandlung durch die Richterin am Bayer. Landessozialgericht Regelin
als Vorsitzende folgenden

B e s c h l u s s :

- I. Der Antrag der Beklagten auf Aussetzung der Vollstreckung nach § 199 Abs. 2 SGG wird abgelehnt.
- II. Die Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Gründe:

I.

In der zu Grunde liegenden Hauptsache streiten die Beteiligten um die Versorgung der Klägerin mit einer Magenbypassoperation. Auf den Antrag der Klägerin vom 10.03.2014 (Eingang 11.03.2014) war nach Einschaltung des MDK und Information der Klägerin über die Bearbeitung - ohne genaue Zeitangabe über den beabsichtigten Abschluss der Prüfung - am 16.09.2014 der ablehnende Bescheid der Beklagten ergangen. Am 08.10.2014 legte die Klägerin hiergegen Widerspruch ein und erhob am 17.10.2014 Klage zum Sozialgericht Regensburg (SG). Auf den in der Sitzung gestellten Antrag der Klägerin hob das SG mit Urteil vom am 30.08.2016 den Bescheid der Beklagten vom 16.09.2014 auf und verurteilte die Beklagte, der Klägerin auf Grund des Eintritts der Genehmigungsfiktion die Magenbypassoperation zu gewähren. Hiergegen ist seit dem 26.09.2016 (Eingang SG) die Berufung der Beklagten zum Bayerischen Landessozialgericht anhängig (L 4 KR 499/16).

Mit Schriftsatz vom 26.09.2016 beantragte die Beklagte außerdem die Aussetzung der Vollstreckung nach § 199 Abs. 2 SGG. Es liege auf der Hand, dass die Klage unzulässig gewesen sei. Der Urteilstenor könne nur im Rahmen einer kombinierten Anfechtungs-/Leistungsklage ergehen. Vorliegend habe das Widerspruchsverfahren auf Grund mangelnder Mitwirkung der Klägerin nicht abgeschlossen werden können. Im Falle einer sofortigen Vollstreckung des erstinstanzlichen Urteils würden im Übrigen Tatsachen geschaffen mit schwerwiegenden und lebenslangen Folgen für die Klägerin, die nie wieder rückgängig gemacht werden könnten. Im Interesse der Klägerin solle dies vermieden werden bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens. Der 20. Senat des Bayerischen Landessozialgerichts habe bereits entschieden, dass ein Sachleistungsanspruch nicht auf die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V gestützt werden könne.

Die Klägerin beantragte, den Antrag auf Aussetzung der Vollstreckung abzulehnen. Das Rechtsmittel der Beklagten habe nicht offensichtlich Aussicht auf Erfolg, wie eine große Anzahl bereits ergangener Urteile verschiedener Landessozialgerichte zeige. Das Vollstreckungsinteresse der Klägerin sei ungebrochen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Akten und gewechselten Schriftsätze verwiesen.

II.

Der Antrag der Beklagten ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Nach § 199 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann der Vorsitzende des Gerichts, das über das Rechtsmittel zu entscheiden hat, die Vollstreckung durch einstweilige Anordnung aussetzen, sofern ein Rechtsmittel keine aufschiebende Wirkung hat. Das Sozialgericht Regensburg hat mit Urteil vom 30.08.2016 den Bescheid der Beklagten vom 16.09.2014 aufgehoben und im Übrigen die Beklagte verurteilt, die Klägerin mit der beantragten und noch nicht durchgeführten Magenbypassoperation zu versorgen. Dagegen ist beim Bayerischen Landessozialgericht unter dem Aktenzeichen L 4 KR 499/16 die Berufung der Beklagten anhängig, die keine aufschiebende Wirkung hat, da keiner der Fälle des § 154 SGG vorliegt.

Die Ermessensentscheidung nach § 199 Abs. 2 SGG ergeht auf Grundlage einer Interessenabwägung. Zu berücksichtigen ist das Interesse der gesundheitlich beeinträchtigten Klägerin an der Vollziehung des für sie günstigen erstinstanzlichen Urteils und das Interesse der Beklagten, vor Rechtskraft des Urteils die Leistung nicht erbringen zu müssen. Im Rahmen der Interessenabwägung sind vor allem die Erfolgsaussichten in der Hauptsache zu prüfen. Die Beklagte geht bereits von einer Unzulässigkeit der Klage aus, da mit Klageerhebung zunächst die Feststellung des Eintritts der Genehmigungsfiktion beantragt worden war und das Widerspruchsverfahren nicht abgeschlossen sei. Daneben hängen die Erfolgsaussichten maßgeblich davon ab, ob die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V nur auf die Kostenerstattung einer selbstbeschafften Leistung gerichtet ist oder ob auch eine künftig beabsichtigte Versorgung der Versicherten im Wege der Sachleistung umfasst ist.

Die summarische Prüfung der Rech- und Rechtslage ergibt keine ausreichenden Erfolgsaussichten des Berufungsverfahrens. Zweifel an der Zulässigkeit der Klage bestehen nicht, da in der mündlichen Verhandlung des SG am 30.08.2016 der Klageantrag von der Feststellungs- zur Leistungsklage umgestellt worden war. Letztere ist zulässig, ohne dass es eines Bescheides oder des Abschlusses des Vorverfahrens bedurfte (§ 54 Abs. 5 SGG).

Es ist auch davon auszugehen, dass die Leistungsklage begründet ist, da die Voraussetzungen für den Fristablauf nach § 13 Abs. 3a Satz 5 und 6 SGB V gegeben sind. Die Frist beginnt mit Eingang eines hinreichend bestimmten Antrags, hier des Schreiben der Asklepius Klinik vom 11.04.2016 an die Beklagte, aus dem eindeutig hervorgeht, dass bei der Klägerin eine adipositaschirurgische Maßnahme im Wege der Sachleistung durchgeführt werden soll. Entgegen der Ansicht des 20. Senats des Bayerischen Landessozialgerichts sieht der erkennende Senat es nicht als erforderlich an, dass ein hinreichend bestimmter Antrag die Vorlage sämtlicher zur Beurteilung notwendiger Unterlagen voraussetzt (vgl. BSG vom 08.03.2016 B 1 KR 25/15 R). Aus der Rechtsprechung des BSG vom 08.03.2016 folgt weiter, dass mit der Mitteilung über die MDK-Prüfung auch ein konkretes Datum der Entscheidung mitgeteilt werden muss, das gegebenenfalls noch verlängert werden kann. Dies ist im vorliegenden Fall nicht erfolgt, so dass am 15.04.2015 die gesetzlich geregelte Genehmigungsfiktion eingetreten ist. Als Folge der Fiktion kann die Klägerin ihren Antrag auf Sachleistung gegenüber der Beklagten durchsetzen, da sich die Leistung (bariatrische Operation in einem Vertragskrankenhaus) nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV befindet. Die Regelung des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V zeigt, dass die Genehmigungsfiktion sich nicht nur auf Erstattungsansprüche bezieht.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG analog und ist nach § 177 SGG unanfechtbar.

Regelin

