

B 1 KR 6/17 R

Land

Bundesrepublik Deutschland

Sozialgericht

Bundessozialgericht

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Speyer (RPF)

Aktenzeichen

S 13 KR 426/15

Datum

25.08.2016

2. Instanz

LSG Rheinland-Pfalz

Aktenzeichen

L 5 KR 277/16

Datum

02.03.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 6/17 R

Datum

26.09.2017

Kategorie

Urteil

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 2. März 2017 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten einer radiofrequenzinduzierten Thermotherapie (RFITT).

2

Der bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte Kläger litt an einer ausgeprägten Stammvenenerkrankung der Beine. Er beantragte befundgestützt, ihn mit einer RFITT zu versorgen (27.11.2014). Die Beklagte teilte ihm mit, sein Anliegen könne nicht so schnell wie gewohnt bearbeitet werden. Sie hole eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein (7.1.2015). Die Beklagte lehnte den Antrag ab: Es handele sich um eine neue Behandlungsmethode, die nur in einer akuten, lebensbedrohlichen Situation empfohlen werden könne (Bescheid vom 20.1.2015, Widerspruchsbescheid vom 1.7.2015). Der Kläger verschaffte sich die Leistung selbst und zahlte hierfür 1630,10 Euro. Das SG hat seine Klage auf Kostenerstattung abgewiesen (Urteil vom 25.8.2016). Das LSG hat die Beklagte verurteilt, dem Kläger 1630,10 Euro zu erstatten ([§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#)): Der Kläger habe einen hinreichend bestimmten Antrag gestellt, über den die Beklagte ohne Angabe eines hinreichenden Grundes und einer taggenauen Dauer nicht innerhalb der Frist des [§ 13 Abs 3a S 1 SGB V](#) entschieden habe. Der Kläger habe die beantragte Leistung aufgrund der Empfehlung durch Dr. von L. für erforderlich halten dürfen und sich diese zeitnah nach Eintritt der Genehmigungsfiktion selbst beschafft (Urteil vom 2.3.2017).

3

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von [§ 2 Abs 1](#), [§ 12 Abs 1](#), [§ 13 Abs 3a S 6](#) und 7 und [§ 135 Abs 1 SGB V](#). Nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Gesetzessystematik trete die Genehmigungsfiktion ([§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#)) nur für systemkonforme Leistungen ein.

4

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 2. März 2017 aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 25. August 2016 zurückzuweisen.

5

Der Kläger beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der Beklagten ist unbegründet ([§ 170 Abs 1 S 1 SGG](#)). Zu Recht hat das LSG die angefochtenen Bescheide der Beklagten und das klageabweisende SG-Urteil aufgehoben und die Beklagte zur Kostenerstattung verurteilt.

8

1. Die vom Kläger erhobene allgemeine Leistungsklage ist zulässig. Nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) kann die Verurteilung zu einer Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht, auch dann begehrt werden, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte. Hierfür genügt es, dass ein bindender Verwaltungsakt ([§ 77 SGG](#)) vorliegt, der Leistungsträger aber gleichwohl nicht leistet (vgl. [BSGE 50, 82, 83 = SozR 1500 § 54 Nr 40 S 22 f](#); BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 1/17 R](#) - Juris RdNr 9, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; s. ferner Zeihe in Zeihe/Hauck, SGG, Stand April 2017, § 54 RdNr 43b). Ist die Genehmigung einer beantragten Leistung kraft Fiktion erfolgt, steht dies der Bewilligung der beantragten Leistung durch einen Leistungsbescheid mit der Rechtsfolge gleich, dass das in seinem Gegenstand durch den Antrag bestimmte Verwaltungsverfahren beendet ist und dem Versicherten - wie hier - unmittelbar aus der fingierten Genehmigung ein Anspruch auf Versorgung mit der Leistung zusteht. Beschafft sich der Versicherte während des Verfahrens die Leistung selbst und begehrt Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten, ändert sich die statthafte Klageart nicht.

9

Die allgemeine Leistungsklage tritt nicht hinter die Feststellungsklage zurück ([§ 55 Abs 1 Nr 1 SGG](#)). Mit der allgemeinen Leistungsklage kann ein Kläger effektiven Rechtsschutz ([Art 19 Abs 4 S 1 GG](#)) erlangen, wenn sich eine KK - wie hier - weigert, eine durch Verwaltungsakt zuerkannte Leistung zu erbringen. Ihm bleibt nur die Leistungsklage, um einen Vollstreckungstitel zu erhalten ([§ 199 Abs 1 Nr 1 SGG](#)). Eine Vollstreckung aus Verwaltungsakten gegen die öffentliche Hand ist nicht vorgesehen (vgl. [BSGE 50, 82, 83 = SozR 1500 § 54 Nr 40 S 23; BSGE 75, 262, 265 = SozR 3-8560 § 26 Nr 2 S 15](#)). Die allgemeine Leistungsklage und nicht eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs 4 SGG](#)) ist statthaft. Denn der Kläger stützt sein Begehren gerade auf den Eintritt der fingierten Genehmigung seines Antrags ([§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#)). [§ 86 SGG](#) findet keine Anwendung. Die Beklagte setzte mit dem späteren Erlass der Ablehnungsentscheidung (Bescheid vom 20.1.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1.7.2015) das mit Eintritt der Genehmigungsfiktion beendete, ursprüngliche Verwaltungsverfahren nicht im Rechtssinne fort, sondern eröffnete ein neues eigenständiges Verfahren.

10

Die daneben im Wege der objektiven Klagehäufung ([§ 56 SGG](#)) erhobene isolierte Anfechtungsklage gegen die Ablehnungsentscheidung, mit der die Beklagte eine neue Sachentscheidung traf, ist zulässig (BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 1/17 R](#) - Juris RdNr 11, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; vgl. ähnlich auch [BSGE 75, 262, 265 = SozR 3-8560 § 26 Nr 2 S 15](#)).

11

2. Der Kläger hat Anspruch auf Zahlung von 1630,10 Euro Kosten selbst beschaffter RFITT aus [§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#) (in der seit dem 26.2.2013 geltenden Fassung des Art 2 Nr 1 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRVerbG&707; vom 20.2.2013, [BGBl I 277](#)). Die Voraussetzungen dieser Rechtsgrundlage sind erfüllt. Der Anwendungsbereich der Regelung ist eröffnet (dazu a). Die vom Kläger beantragte RFITT gilt als von der Beklagten genehmigt (dazu b). Der Kläger beschaffte sich daraufhin die erforderliche Leistung selbst. Hierdurch entstanden ihm 1630,10 Euro Kosten (dazu c).

12

a) Der zeitliche und sachliche Anwendungsbereich der Regelung des [§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#) ist eröffnet. Nach dem maßgeblichen intertemporalen Recht (vgl. hierzu zB [BSGE 99, 95 = SozR 4-2500 § 44 Nr 13](#), RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 13 f mwN) greift die Regelung lediglich für Anträge auf künftig zu erbringende Leistungen, die Berechtigte ab dem 26.2.2013 stellen (vgl. [BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 9](#); BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 1/17 R](#) - RdNr 13, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Der Kläger stellte nach dem 25.2.2013, am 27.11.2014, bei der Beklagten einen Antrag auf Bewilligung einer künftig zu leistenden RFITT.

13

Die Regelung ist auch sachlich anwendbar. Denn der Kläger verlangt weder unmittelbar eine Geldleistung noch Erstattung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Reha), sondern Erstattung für selbstbeschaffte Krankenbehandlung. Die Regelung erfasst ua Ansprüche auf Krankenbehandlung, nicht dagegen Ansprüche gegen KKn, die unmittelbar auf eine Geldleistung oder auf Leistungen zur medizinischen Reha gerichtet sind (vgl. dazu ausführlich [BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 11 ff](#)); auf letztere finden die [§§ 14 f SGB IX](#) Anwendung ([§ 13 Abs 3a S 9 SGB V](#)). Der Kläger begehrt demgegenüber die Gewährung von Kostenerstattung für eine Krankenbehandlung ([§ 27 Abs 1 S 2 Nr 1 SGB V](#)).

14

b) Grundvoraussetzung des Erstattungsanspruchs aufgrund Genehmigungsfiktion ist nach der Rspr des erkennenden Senats, dass die beantragte Leistung im Sinne des Gesetzes nach Ablauf der Frist als genehmigt gilt ([§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#)). Das folgt aus Wortlaut und Binnensystem der Norm, Entstehungsgeschichte und Regelungszweck (vgl. ausführlich [BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 19 f](#)). Gilt eine beantragte Leistung als genehmigt, erwächst dem Antragsteller hieraus ein Naturalleistungsanspruch als eigenständig

durchsetzbarer Anspruch. Soweit die Beklagte dagegen einwendet, [§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#) diene nur der Vorbereitung des Kostenerstattungsanspruchs in dem Sinn, dass eine Fristsetzung durch den Versicherten entbehrlich sei, beachtet sie nicht, dass es für die Herbeiführung dieser von ihr behaupteten eingeschränkten Rechtsfolge der Regelung in [§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#) nicht bedurft hätte. Für die Eröffnung eines Kostenerstattungsanspruchs als eine bloß weitere Alternative zu den in [§ 13 Abs 3 SGB V](#) bereits geregelten Fällen, wäre der "Ablauf der Frist" ([§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#)) ausreichend.

15

Der Anspruch ist entsprechend den allgemeinen Grundsätzen auf Freistellung von der Zahlungspflicht gerichtet, wenn die fingierte Genehmigung eine Leistung betrifft, die nicht als Naturalleistung erbracht werden kann (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 25; BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 26/16 R](#) - Juris RdNr 12, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 1/17 R](#) - Juris RdNr 15, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

16

Die vom Kläger beantragte RFITT galt in diesem Sinne wegen Fristablaufs als genehmigt. Denn der leistungsberechtigte Kläger (dazu aa) stellte bei der Beklagten einen hinreichend bestimmten Antrag (dazu bb) auf Leistung einer RFITT zur Behandlung der Varikosis seiner Beine, die er für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt (dazu cc). Diesen Antrag beschied die Beklagte nicht innerhalb der Frist des [§ 13 Abs 3a S 1 SGB V](#), ohne dem Kläger hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen (dazu dd).

17

aa) Der Kläger ist nach den für den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) als bei der Beklagten Versicherter leistungsberechtigt im Sinne der Regelung. "Leistungsberechtigter" ist derjenige, der berechtigt ist, Leistungen nach dem SGB V zu beanspruchen. Hierzu zählen ua in der GKV Versicherte im Verhältnis zu ihrer jeweiligen KK (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 22).

18

bb) Der Kläger beantragte hinreichend bestimmt die Gewährung einer RFITT zur "endovenösen Behandlung einer Stammvarikosis". Damit eine Leistung als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags. 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 (vgl. näher [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 23). Ein Verwaltungsakt ist - zusammengefasst - inhaltlich hinreichend bestimmt ([§ 33 Abs 1 SGB X](#)), wenn sein Adressat objektiv in der Lage ist, den Regelungsgehalt des Verfügungssatzes zu erkennen und der Verfügungssatz ggf eine geeignete Grundlage für seine zwangsweise Durchsetzung bildet. So liegt es, wenn der Verfügungssatz in sich widerspruchsfrei ist und den Betroffenen bei Zugrundelegung der Erkenntnismöglichkeiten eines verständigen Empfängers in die Lage versetzt, sein Verhalten daran auszurichten. Die Anforderungen an die notwendige Bestimmtheit richten sich im Einzelnen nach den Besonderheiten des jeweils anzuwendenden materiellen Rechts (stRspr, vgl. nur BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 26/16 R](#) - Juris RdNr 17 mwN, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).

19

Der Verfügungssatz, einen Naturalleistungsanspruch auf eine bestimmte Krankenbehandlung ([§ 27 SGB V](#)) zu gewähren, verschafft dem Adressaten - wie dargelegt - eine Rechtsgrundlage dafür, mittels Leistungsklage einen Vollstreckungstitel auf das Zuerkannte zu erhalten. Die Vollstreckung erfolgt nach den Regelungen über vertretbare Handlungen (vgl. [§ 199 Abs 1 Nr 1](#), [§ 198 Abs 1 SGG](#), [§ 887 ZPO](#)). Es genügt hierfür, dass das Behandlungsziel klar ist. Dass hinsichtlich der Mittel zur Erfüllung der Leistungspflicht verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung stehen, beeinträchtigt den Charakter einer Leistung als vertretbare Handlung nicht (vgl. Stöber in Zöller, ZPO, 31. Aufl 2016, [§ 887 ZPO](#) RdNr 2 mwN). Diese allgemeinen Grundsätze gelten ebenso, wenn Patienten zur Konkretisierung der Behandlungsleistung auf die Beratung des behandelnden Arztes angewiesen sind.

20

Der Antrag des Klägers genügte diesen Anforderungen. Er richtete sich auf die "endovenöse Behandlung einer Stammvarikosis mittels RFITT". Der Kläger untermauerte sein Begehren mit den vorgelegten Unterlagen, ohne hinsichtlich der konkreten Modalitäten eine nähere Festlegung zu treffen; er wollte nach seinem klaren Antrag das medizinisch Erforderliche. Es bedarf keiner Vertiefung, ob - wofür viel spricht - ein solcher Antrag grundsätzlich auf die Behandlung durch zugelassene Leistungserbringer gerichtet ist, wenn die begehrte Leistung konkret im Naturalleistungssystem vorgesehen ist. Sofern es sich, wie das LSG meint, um eine neue, nicht im EBM enthaltene Behandlungsmethode handelt, konnte die Beklagte die RFITT mangels Empfehlung des GBA und Verankerung im EBM ohnehin nur im Wege der Kostenfreistellung verschaffen (vgl. zum Grundsatz BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 30/16 R](#) - Juris RdNr 8 mwN, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; Hauck, NZS 2007, 461). Außerdem wirkte eine solche Beschränkung jedenfalls nach der Ablehnungsentscheidung der Beklagten nicht mehr (vgl. dazu unten II 2 c aa RdNr 25).

21

cc) Der Antrag betraf eine Leistung, die der Kläger für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV lag. Wie der Senat bereits entschieden hat (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 25 f mwN; BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 1/17 R](#) - Juris RdNr 22, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen), bewirkt die Begrenzung auf "erforderliche Leistungen" nach [§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#) eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Die Regelung soll es dem Berechtigten einerseits erleichtern, sich die ihm zustehenden Leistungen zeitnah zu beschaffen, ihn andererseits aber nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs

überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen. Soweit sich die Beklagte hiergegen mit dem Argument wendet, Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Systematik, insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot, seien damit nicht zu vereinbaren, setzt sich die Beklagte nicht mit der eigenständigen Funktion der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#) auseinander. Eine Beschleunigung wäre auch über eine ausschließliche Berechtigung zur Inanspruchnahme des Kostenerstattungsverfahrens nach Fristablauf möglich gewesen. Die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#) verschafft jedoch nach ihrem klaren Wortlaut und Regelungszweck unter Berücksichtigung der Rechtsfolge einer Genehmigungsfiktion auch im übrigen Verwaltungsverfahren dem Antragsteller einen eigenständigen Anspruch. Danach begrenzt das Merkmal der subjektiven Erforderlichkeit den sich aus [§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#) ergebenden weiten Anspruch aus den aufgezeigten Gründen, nicht aber dehnt es ihn aus, wie die Beklagte fälschlich meint.

22

Der Kläger durfte aufgrund der fachlichen Befürwortung seines Antrags durch seinen Arzt Dr. von L. die endovenöse Behandlung seiner Stammvarikosis mittels RFITT für geeignet und erforderlich halten, ohne nähere Einzelheiten zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung wissen zu müssen. Es ergeben sich auch sonst keine Anhaltspunkte für einen Rechtsmissbrauch aus den nicht mit Revisionsrügen angegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)).

23

dd) Die Beklagte beschied den Antrag nicht innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Wochen ([§ 13 Abs 3a S 1 Fall 1 SGB V](#)). Maßgeblich war im vorliegenden Fall trotz der Unterrichtung des Klägers von der MDK-Begutachtung die Drei-Wochen-Frist ([§ 13 Abs 3a S 1 Fall 1 SGB V](#)), da die Unterrichtung erst nach Ablauf der Drei-Wochen-Frist erfolgte und zu diesem Zeitpunkt die Genehmigungsfiktion mangels vorheriger Unterrichtung des Klägers über die MDK-Beauftragung bereits eingetreten war. Ohne diese gebotene Information kann der Leistungsberechtigte nach Ablauf von drei Wochen annehmen, dass sein Antrag als genehmigt gilt (vgl. BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 26/16 R](#) - Juris RdNr 12, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 44, RdNr 28). Innerhalb dieser Frist teilte die Beklagte dem Kläger keinerlei Gründe für die Überschreitung der Frist mit. Die Frist begann am Freitag, dem 28.11.2014 ([§ 26 Abs 1 SGB X](#) iVm [§ 187 Abs 1 BGB](#)). Nach den bindenden Feststellungen des LSG (vgl. [§ 163 SGG](#)) ging der Antrag des Klägers am 27.11.2014 der Beklagten zu. Die Frist endete am Donnerstag, dem 18.12.2014 ([§ 26 Abs 1 SGB X](#) iVm [§ 188 Abs 2 BGB](#)). Die Beklagte teilte dem Kläger die Einschaltung des MDK erst später mit (Schreiben vom 7.1.2015, genauer Zugangszeitpunkt nicht festgestellt) und entschied über den Antrag des Klägers erst durch Bescheid vom 20.1.2015.

24

c) Der Kläger beschaffte sich die erforderlichen genehmigten Leistungen selbst (hierzu aa). Hierfür entstanden ihm 1630,10 Euro Kosten (hierzu bb).

25

aa) Der Kläger durfte sich die RFITT privatärztlich selbst verschaffen, weil die Beklagte unter Missachtung der fingierten Genehmigung deren Gewährung abgelehnt hatte. Versicherte, denen ihre KK rechtswidrig Leistungen verwehrt, sind nicht prinzipiell auf die Selbstbeschaffung der Leistungen bei zugelassenen Leistungserbringern verwiesen. Sie müssen sich nur eine der vorenthaltenen Naturalleistung entsprechende Leistung verschaffen, dies aber von vornherein privatärztlich außerhalb des Leistungssystems (vgl. [BSGE 111, 289](#) = SozR 4-2500 § 27 Nr 23, RdNr 33 mwN; BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 1/17 R](#) - Juris RdNr 24, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Legen sie ehrlich und korrekt gegenüber dem ausgewählten Leistungserbringer die Leistungsablehnung offen, muss dieser sich nicht auf eine Leistung zu Lasten der GKV einlassen.

26

Die selbstbeschaffte RFITT entsprach der genehmigten Leistung. Der Kläger durfte diese auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung für erforderlich halten. Er beachtete nämlich Art und Umfang der fingierten Genehmigung und musste bei der Beschaffung nicht annehmen, die fingierte Genehmigung habe sich bereits erledigt, die Leistung sei nicht mehr (subjektiv) erforderlich.

27

Auch eine fingierte Genehmigung - wie jene des Klägers - bleibt wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 30 mwN; [§ 39 Abs 2 SGB X](#); vgl. hierzu bei nicht fingierter Genehmigung zB BSG SozR 4-2500 § 55 Nr 2 RdNr 24). Sie schützt hiermit den Adressaten. Es kann aber etwa - für den Versicherten erkennbar - eine "Erledigung auf andere Weise" einer fingierten Genehmigung einer beantragten Krankenbehandlung eintreten, wenn die ursprünglich behandlungsbedürftige Krankheit nach ärztlicher, dem Betroffenen bekannter Einschätzung vollständig geheilt ist: Es verbleibt durch diese Änderung der Sachlage für die getroffene Regelung kein Anwendungsbereich mehr. Sie kann nach ihrem Inhalt und Zweck keine Geltung für den Fall derart veränderter Umstände beanspruchen. Sind Bestand oder Rechtswirkungen einer Genehmigung für den Adressaten erkennbar von vornherein an den Fortbestand einer bestimmten Situation gebunden, so wird sie gegenstandslos, wenn die betreffende Situation nicht mehr besteht (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 30 f mwN). Die spätere Mitteilung der ablehnenden Entscheidung der Beklagten berührte nicht die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion. Die Ablehnung der Leistung regelte weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme oder den Widerruf (vgl. hierzu [§§ 45, 47 SGB X](#)) der fingierten Genehmigung (vgl. auch [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 32). Geänderte Umstände, die die Genehmigung durch Eintritt eines erledigenden Ereignisses entfallen lassen könnten, hat weder das LSG festgestellt noch sind sie sonst ersichtlich.

28

bb) Dem Kläger entstanden durch die Selbstbeschaffung Kosten. Er schuldete aufgrund des Behandlungsvertrags rechtswirksam Vergütung

in Höhe von 1630,10 Euro, die er nach den Feststellungen des LSG beglich. Die Rechnung über die Behandlung durch Dr. von L. begründete einen rechtswirksamen Vergütungsanspruch. Sie unterfiel dem Anwendungsbereich der Gebührenordnung für Ärzte (§ 1 Abs 1 GOÄ). Die Rechnung begründete die Fälligkeit der Vergütung, weil sie die formellen Voraussetzungen der Regelung des § 12 Abs 2 bis 4 GOÄ erfüllte (vgl [BSGE 117, 10](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 32, RdNr 27 mwN; BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 1/17 R](#) - Juris RdNr 29, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; [BGHZ 170, 252](#), 257).

29

3. Die Ablehnungsentscheidung (Bescheid vom 20.1.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1.7.2015) ist rechtswidrig. Sie verletzt den Kläger in seinem sich aus der fiktiven Genehmigung seines Antrags ergebenden Leistungsanspruch (vgl dazu oben, I 2, insbesondere c aa).

30

4. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2017-12-01