

S 46 KR 1668/15

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Gelsenkirchen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
46
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 46 KR 1668/15
Datum
24.01.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-

Datum

-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, die Klägerin von den für eine bariatrische Operation entstandenen Kosten in Höhe von 8.197,43 EUR freizustellen. Der Ablehnungsbescheid vom 11.06.2015 in Gestalt des Rücknahmebescheides vom 15.02.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2017 wird aufgehoben. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Freistellung von Kosten, die für eine bariatrische Operation entstanden sind, durch die Beklagte. Die Klägerin war seit der Kindheit übergewichtig. Sie beantragte am 30.04.2015 die Kostenübernahme für eine bariatrische Operation. Sie schilderte im Rahmen ihres Antrags, dass sie 26 Jahre alt sei und seit der Kindheit unter Adipositas leide. Sie wiege 171 kg und habe aufgrund des hohen Gewichts verschiedene gesundheitliche Probleme. Sie bemühe sich seit Jahren um eine dauerhafte Gewichtsreduzierung, u.a. im Rahmen einer Ernährungsberatung, regelmäßigen Besuchen im Fitnessstudio und anderen Maßnahmen. Inzwischen würden Stehen, Hausarbeiten und körperliche Aktivitäten für sie nahezu unmöglich. Sie überreichte umfassende medizinische Unterlagen, u.a. ein Untersuchungs- und Beratungsprotokoll von Dr. U. N., Leiter des Adipositas-Zentrums am Klinikum T. vom 19.03.2015.

Der Arzt stellte fest, dass aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht keine Kontraindikationen für die geplante gastroplastische Operation bestünden. Bei dem bestehenden Body-Mass-Index (BMI) von über 60 kg/Quadratmeter bestünde eine klare Indikation für die bariatrische Operation. Es bestehe eine primäre Indikation zur Operation im Sinne der maßgeblichen medizinischen Leitlinien.

Mit Schreiben vom 08.05.2015 teilte die Beklagte mit, sie habe einen Antrag der Klägerin am 07.05.2015 erhalten. Sie forderte die Klägerin auf, weitere Unterlagen vorzulegen. Die Klägerin reichte sodann weitere Unterlagen ein. Die Beklagte beauftragte am 20.05.2015 den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit einer Begutachtung.

Mit Schreiben vom 05.06.2015 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie noch nicht über den Antrag vom 07.05.2015 habe entscheiden können. Für die Entscheidung sei ein Gutachten des MDK erforderlich. Sobald das Ergebnis vorliege, würde die Beklagte die Klägerin umgehend informieren und man bitte bis dahin noch um Geduld.

In dem Gutachten vom 29.05.2015 kam der (MDK) zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung nicht erfüllt seien. Es bestünde zwar eine behandlungsbedürftige Adipositas. Bei einem BMI von über 60 könne eine maßgebliche Gewichtsreduktion auch nur noch durch einen operativen Eingriff erzielt werden. Allerdings sei aus den Unterlagen eine Abschätzung der postoperativen Compliance der Klägerin nicht möglich, weshalb eine Kostenübernahme nicht in Betracht käme. Hinweise hierfür wären regelmäßig präoperative Lebensstiländerungen, die aus den vorgelegten Unterlagen nicht erkennbar seien. Insbesondere sei ein Ernährungstagebuch nicht vorgelegt worden. Auch sei nicht ersichtlich, dass zuvor eine Ernährungstherapie aufgesucht worden wäre.

Mit Bescheid vom 11.06.2015 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin ab. Zur Begründung nahm sie Bezug auf die Inhalte des Gutachtens des MDK vom 29.05.2015. Gegen die Ablehnungsentscheidung erhob die Klägerin am 30.06.2015 Widerspruch. Zur Begründung des Widerspruchs führte sie u.a. mit Schreiben vom 14.09.2015 aus, dass der Eingangsstempel der Beklagten auf dem Antrag den 30.04.2015 und nicht den 07.05.2015 ausweise. Die Beklagte habe daher zu spät entschieden. Die Fiktionswirkung des [§§ 13 Abs. 3a](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) sei eingetreten. Die Leistung gelte als genehmigt.

Am 31.10.2015 hat die Klägerin Klage erhoben, zunächst gerichtet auf die Feststellung, dass die Fiktionswirkung eingetreten sei und die bariatrische Operation daher als genehmigt gelte. Zur Begründung führt sie aus, dass die Klage als Feststellungsklage vorliegend zulässig

und begründet sei, denn die Fiktionswirkung sei eingetreten.

Zunächst hat die Klägerin beantragt, festzustellen, dass der Antrag der Klägerin auf Gewährung einer bariatrischen Operation (Magenbypass) als Sachleistung vom 30.04.2015 gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) als genehmigt gilt.

Mit Bescheid vom 15.02.2016 hat die Beklagte wörtlich die " aufgrund des Antrages vom 30.04.2015 spätestens am 05.06.2015 eingetretene Genehmigungsfiktion hinsichtlich einer Kostenübernahme einer bariatrischen Operation " zurückgenommen. Zur Begründung stütze sie sich darauf, dass die fiktiv entstandene Genehmigung von Anfang an rechtswidrig gewesen sei, da die Leistungsvoraussetzungen nicht bestanden hätten. Gegen diesen Bescheid hat die Klägerin am 30.06.2015 Widerspruch erhoben. Die Klägerin hat sich sodann im Mai 2016 einer bariatrischen Operation am Universitätsklinikum I.-F. unterzogen. Das Universitätsklinikum F. hat der Beklagten unter dem 24.06.2016 für den stationären Aufenthalt der Klägerin vom 18.05.2016. bis 25.05.2016 Behandlungskosten i.H.v. 8.197,43 EUR in Rechnung gestellt. Die Beklagte hat die Rechnung bisher nicht beglichen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.09.2017 hat die Beklagte den Widerspruch der Klägerin vom 30.06.2015 gegen den Bescheid vom 11.06.2015 (Ablehnungsbescheid) und den Widerspruch vom 14.03.2016 gegen den Bescheid vom 15.02.2016 (Rücknahmebescheid hinsichtlich des fiktiven Genehmigungsbescheides) zurückgewiesen. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass der Antrag am 30.04.2015 eingegangen sei, die schriftliche Mitteilung vom 08.05.2015 über die Verzögerung sei rechtzeitig erfolgt und auch ausreichend gewesen. Die Frist nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) sei daher eingehalten worden. Die Beklagte habe eindeutig vor Ablauf der Frist mitgeteilt, dass eine fristgerechte Entscheidung nicht möglich sei. Sofern eine fiktive Genehmigung bestehen sollte, sei diese rechtswidrig und daher zurückzunehmen gewesen. Denn die Voraussetzungen einer Kostenübernahme für bariatrische Operation lägen nicht vor. Das Vertrauen der Klägerin in die fiktive Genehmigung sei nicht schutzwürdig.

Mit Schriftsatz vom 11.09.2017 hat die Klägerin den Klageantrag dahingehend umgestellt, dass er nunmehr auf die Kostenerstattung in dem Verfahren und gerichtet sein soll. Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat die Klägerin ausgeführt, sie habe etwa drei Wochen vor Durchführung der Behandlung in I. ein etwa 16-seitiges Dokument unterzeichnet habe und sich dann der Operation unterzogen habe.

Die Klägerin beantragt nunmehr,

1. die Beklagte zu verurteilen, die Klägerin von den entstandenen Kosten für eine bariatrische Operation in Höhe von 8.197,43 EUR freizustellen und
2. den Ablehnungsbescheid vom 11.06.2015 in Gestalt des Rücknahmebescheides vom 15.02.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2017 aufzuheben,

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist Sie auf ihren Vortrag aus dem Verwaltungsverfahren und den vorbereitenden Schriftsätzen. Ergänzend führt sie an, die fiktive Genehmigung sei von Anfang an rechtswidrig gewesen und daher aufzuheben gewesen. Dies sei mit dem Bescheid vom 15.02.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2017 wirksam erfolgt. Im Übrigen lägen die Voraussetzungen für die begehrte Leistung nicht vor.

Mit Schriftsatz vom 03.01.2018 hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin mitgeteilt, das Mandat niederzulegen. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 24.01.2018 hat die Klägerin zugestimmt, ohne rechtlichen Beistand das Verfahren durchführen zu wollen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist hinsichtlich des Klageantrags zu 1. als Leistungsklage statthaft. Hinsichtlich der Ablehnungsentscheidung vom 11.06.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2017 ist die Klage als isolierte Anfechtungsklage zulässig (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 07.11.2017, B 1 KR 24/17R). Darüber hinaus hatte die Kammer auch über den Rücknahme-Verwaltungsakt vom 15.02.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides 12.09.2017 zu entscheiden. Denn die Rücknahmeentscheidung hinsichtlich der fingierten Genehmigung ist gemäß [§ 96 SGG](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des Verfahrens geworden. Danach wird nach Klageerhebung ein neuer Verwaltungsakt nur dann Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt. Die Rücknahme der fingierten Genehmigung ändert in diesem Sinne die Ablehnungsentscheidung. Ein späterer Verwaltungsakt ändert oder ersetzt dann einen früheren, angefochtenen Verwaltungsakt, wenn er den Verfügungssatz des Ursprungsbescheides ersetzt, abändert oder unter Aufrechterhaltung des Rechtsfolgenausspruchs so modifiziert, dass sich der entscheidungserhebliche Sachverhalt ändert. Es genügt auch, wenn der spätere Verwaltungsakt in die Regelung des früheren Verwaltungsaktes eingreift und damit die Beschwer des Betroffenen mehrt oder vermindert. Dies dient dem Gebot, effektiven Rechtsschutz zu gewähren ([Art. 19 Abs. 4 GG](#)). (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 07.11.2017, [B 1 KR 24/17 R](#) m.w.N.). Geeigneter Anknüpfungspunkt der Regelung des [§ 96 SGG](#) ist im vorliegenden Fall der Aufhebung einer fiktiven Genehmigung i.S.d. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nur die isolierte Anfechtungsklage gegen die Ablehnungsentscheidung. Denn die Klägerin greift gerade nicht den fingierten Verwaltungsakt an, sondern stützt ihren Leistungsanspruch hierauf. Allerdings ändert die Rücknahme der fingierten Genehmigung die angefochtene Ablehnungsentscheidung, denn diese soll die fingierte Genehmigung aufheben. Dies ändert die Grundlage für die zu treffende Entscheidung über den Leistungsantrag und bewirkt eine vermehrte Beschwer der Klägerin.

Die Umstellung des Klageantrags war nach Ansicht der Kammer nach Vornahme der bariatrischen Operation auch zulässig. Es handelte sich nach [§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#) nicht um eine Klageänderung i.S.d. [§ 99 Abs. 1 SGG](#). Die Erweiterung oder Beschränkung des Klageantrags in der

Hauptsache ist keine Klageänderung i.S.d. [§ 99 Abs. 1 SGG](#) (vgl. B. Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Auflage 2017, § 99 Rn. 4).

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Freistellung von den Kosten, die für die Vornahme der Operation entstanden sind gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#). Nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 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 gut-achtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten ([§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#)). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung ([§ 13 Abs. 3a Satz 3 SGB V](#)). Kann die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit ([§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#)). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt ([§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#)). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet ([§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#)). Voraussetzung für den Eintritt der Genehmigungsfiktion ist zunächst, dass ein Leistungsberechtigter einen hinreichend bestimmten Antrag auf eine Leistung gestellt hat, die er für erforderlich hat halten dürfen und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt (BSG, Urteil vom 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#), juris, Rn. 21 ff).

Gilt die Leistung als genehmigt, erwächst hieraus nach [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) ein Kostenerstattungsanspruch. Dieser umfasst auch einen Anspruch auf die Freistellung von einer Zahlungspflicht gegenüber Dritten, da sonst ein effektiver Schutz durch die Regelung nicht sichergestellt wäre. Einer solchen möglichen Zahlungspflicht sieht sich die Klägerin auch ausgesetzt, da sie sich auf Grundlage eines Behandlungsvertrages im Klinikum in I. F. hat behandeln lassen. Allein die Möglichkeit, dass das Klinikum I.-F. sich bei Nicht-Zahlung auf die gegenüber der Beklagten gestellten Rechnung auf Grundlage des Behandlungsvertrages gleichsam an die Klägerin wenden kann, begründet nach Auffassung der Kammer ein hinreichendes Rechtsschutzbedürfnis, auch vor einer solchen drohenden Inanspruchnahme geschützt zu werden.

Der Antrag der Klägerin ist auch hinreichend bestimmt. Er ist fiktionsfähig und auf die Erbringung einer bariatrischen Operation gerichtet.

Die Klägerin hat die Leistung auch erforderlich halten dürfen. Diese liegt nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges. Dies ergibt sich bereits aus den Befundberichten der behandelnden Ärzte, die eine klare Indikation für die Operation ausweisen und ferner feststellen, dass auch keine psychologisch-psychotherapeutischen Kontraindikationen bestehen. 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. Dabei muss der medizinische Laie jedoch nicht alle Einzelheiten zu den Voraussetzungen der ambulanten/stationärer Leistungserbringung kennen (BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 - [B 1 KR 1/17 R](#)).

Die Beklage hat nicht innerhalb der gesetzlichen Frist entschieden. Diese hat mit Eingang des Antrags der Klägerin bei der Beklagten am 30.04.2015 begonnen. Die Kammer ist aufgrund des aus den Verwaltungsakten ersichtlichen Eingangsstempels davon überzeugt, dass dies das Datum des Eingangs des Antrags ist. Dies wird auch von der Beklagten zwischenzeitlich nicht mehr in Abrede gestellt. Im vorliegenden Fall hat die Frist drei Wochen betragen und ist am 21.05.2015 abgelaufen. Die ablehnende Entscheidung ist erst nach Ablauf der Frist am 11.06.2015 ergangen. Insbesondere ist durch Einholung des Gutachtens des MDK nicht die Frist von fünf Wochen nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) ausgelöst worden. Denn innerhalb der Frist von drei Wochen wurde der Klägerin nicht mitgeteilt, dass ein Gutachten eingeholt wird. Die Drei-Wochen-Frist ist auch dann maßgebend, wenn die Krankenkasse den Leistungsberechtigten nicht über die (tatsächlich erfolgte) Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme innerhalb dieser Frist unterrichtet (BSG, Urteil vom 08.03.2016, [B 1 KR 25/15 R](#); a.A. vgl. u. a. Noftz in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 13 Rn. 58e; Schifferdecker, KassKomm-SGB, SGB V, § 13 Rn. 122; Rieker, NZS 2015, 294, 296). Für dieses Ergebnis, das durch den Gesetzeswortlaut nicht nahegelegt wird, sprechen die gesetzgeberischen Ziele der Beschleunigung und der Transparenz. Die Gesetzesmaterialien heben hervor, dass den Leistungsberechtigten durch die Unterrichtung Klarheit darüber verschafft werden soll, ob die Drei-Wochen-Frist oder die Fünf-Wochen-Frist gilt ([BT-Drs. 17/10488, S. 32](#); vgl. auch Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 13 SGB V](#), Rn. 63 ff. m.w.N.). Dieser Rechtsauffassung schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung aus eigener Überzeugung an. Anderenfalls könnte der Leistungsberechtigte sich nach Ablauf der Frist nicht auf die Genehmigungsfiktion verlassen, da zu befürchten stünde, dass vielleicht doch die fünfwöchige Frist zu laufen begonnen hat, der Leistungsberechtigte hierüber nur nicht durch die Krankenversicherung informiert wurde. Damit würde die gesetzliche Regelung einer dreiwöchigen Frist ins Leere laufen. Auch das Schreiben vom 05.06.2015 führt nicht zu einer Verlängerung der Frist gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#). Denn das Mitteilungsschreiben genügt nach Auffassung der Kammer nicht den gesetzlichen Anforderungen, um die Entscheidungsfrist zu verlängern. Notwendiger Inhalt einer wirksamen, die Frist verlängernden Mitteilung gem. [§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V](#) ist (1.) die Mitteilung, dass die im Gesetz vorgesehene Entscheidungsfrist von drei bzw. fünf Wochen nicht eingehalten werden kann und (2.) die Benennung eines hinreichenden Grundes für die Verzögerung. Nach Ansicht des Bundessozialgerichtes ist (3.) die taggenaue Benennung der voraussichtlichen Dauer der Verzögerung ebenfalls Voraussetzung (BSG, Urteil vom 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#)). Im vorliegenden Fall enthalten die Schreiben der Beklagten bereits nicht die Aussage, dass die gesetzlich vorgesehene Entscheidungsfrist nicht eingehalten werden kann, sondern lediglich, dass noch nicht entschieden werden könne. Auch wird kein hinreichender Grund benannt. Denn ein solcher liegt nur dann vor, wenn beispielsweise ein besonders komplexer Fall zu beurteilen ist. Doch auch dann muss die Krankenkasse genau darlegen, warum sie wie lange benötigt, um eine Entscheidung treffen zu können. Sie kann sich auch nicht auf Gründe berufen, die in ihren Organisationsbereich fallen. Die Begründung, dass noch ein Gutachten des MDK abgewartet werden muss, ist zur Überzeugung der Kammer kein hinreichender Grund dieser Art. Die Kammer muss daher nicht entscheiden, ob die Voraussetzung einer taggenauen Benennung der voraussichtlichen Dauer der Verzögerung, wie sie vom BSG angenommen wird (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, [B 1 KR 25/15 R](#)), im Gesetz überhaupt eine hinreichende Stütze findet.

Die fiktive Genehmigung nach [§ 13 Abs. 3a Abs. 6 SGB V](#) ist nicht auch nicht durch den Ablehnungsbescheid vom 11.06.2015 erloschen. Denn Ablehnungsentscheidung hat keinen Einfluss auf Genehmigungsfiktion; weder ausdrücklich, noch sinngemäß trifft sie diesbezüglich eine Regelung.

Die Rücknahmeentscheidung der Beklagten vom 15.02.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2017 gem. [§ 45](#)

Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) ist rechtswidrig. Sie ist aufzuheben. Sie verletzt die Klägerin in ihren Anspruch auf Übernahme der Kosten für die bariatrische Operation. Die Rücknahmevoraussetzungen sind nicht erfüllt. Denn die fiktive Genehmigung rechtmäßig entstanden. Maßstab der Rechtmäßigkeit ist [§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Diese Regelung begründet einen eigenen materiellrechtlichen Anspruch der berechtigten Person, den ihr das Gesetz zuerkennt. Denn es widerspräche der Regelung des [§ 45 SGB X](#), nicht auf die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) abzustellen, sondern auf die Voraussetzungen der Leistung als solcher nach den übrigen materiellrechtlichen Voraussetzungen. Hierfür spricht der Sanktionscharakter der Norm, ferner der Umstand, dass auch [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) eine materiellrechtliche anspruchsvermittelnde Regelung ist. Der Antragsteller soll schnell Gewissheit erlangen, ob ihm die beantragte Leistung endgültig zusteht (Vgl. BSG Urteil vom 07.11.2017, [B 1 KR 24/17 R](#) m.w.N.). Dieser in der Literatur und Rechtsprechung umstrittenen Auffassung schließt sich die Kammer aus eigener Überzeugung an. Dies führt auch nicht zu einer unabänderlichen oder unverrückbaren Situation zu Gunsten des Antragstellers. Denn die Fiktionswirkung ist weiterhin an die Grenzen der subjektiven Erforderlichkeit gebunden. Der Antragsteller kann nicht verlangen, was offensichtlich außerhalb des Leistungsspektrums GKV liegt. Zudem sind auch die Grenzen der materiellrechtlichen Erledigung des fingierten Verwaltungsaktes zu berücksichtigen. Im Falle der Erledigung wird der Verwaltungsakt unwirksam, ohne dass dafür ein weiterer Verwaltungsakt ergehen muss. Eine Erledigung tritt auch dann ein, wenn der Zweck des Verwaltungsaktes vollständig erreicht wird (Schneider-Danwitz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, [§ 39 SGB X](#), Rn. 50). So kann etwa - für den Versicherten erkennbar - eine Erledigung auf andere Weise eintreten, wenn eine 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 geänderter Umstände beanspruchen (BSG, Urteil vom 08.03.2016, [B 1 KR 25/15 R](#) m.w.N.).

Die Ablehnungsentscheidung vom 11.06.2015 in Gestalt des Rücknahmebescheides vom 15.02.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2017 ist rechtswidrig und daher ebenfalls aufzuheben, denn sie verletzt die Klägerin in ihrem sich aus der fiktiven Genehmigung ergebenden Leistungsanspruch.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim
Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

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

Sozialgericht Gelsenkirchen, Bochumer Straße 79, 45886 Gelsenkirchen

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. [§ 65a Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Gelsenkirchen schriftlich 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 Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision

zugelassen hat.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2018-09-03