
Datum: 15.07.2016
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 48. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 48 KR 656/14
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2016:0715:S48KR656.14.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird unter Aufhebung ihres Bescheids vom 11.02.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 30.04.2014 verurteilt, die Klägerin mit einer FM-Anlage entsprechend dem Kostenvoranschlag der Firma Hörgeräteakustik Rabe vom 18.12.2013 nach weiterer Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu versorgen. Die Beklagte trägt die vollen erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

- Tatbestand: 1
- Im Streit steht, ob die Beklagte verpflichtet ist, die Klägerin mit einer drahtlosen Übertragungsanlage (FM-Anlage) zu versorgen. 2
- Die am.1947 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. 3
- Am 04.12.2013 verordneten die Fachärzte für HNO-Heilkunde der Gemeinschaftspraxis V der Klägerin eine FM-Anlage. Die Verordnung ist der Beklagten am 04.12.2013 zugegangen. Diese ergänzten die verordnenden Ärzte mit bei der Beklagten am 15.01.2014 eingegangenem Attest vom 09.01.2014. Danach liegen der Verordnung eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts sowie eine hochgradige Schwerhörigkeit links der Klägerin zugrunde. Diese machten die Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel erforderlich, da es im Störschall schwierig sei, allein mit den vorhandenen Hörgeräten einen Ausgleich der Schwerhörigkeit medizinisch zu ermöglichen. Die Klägerin nehme regelmäßig an Kursen zur Erwachsenenbildung teil, wo eine ausreichende Verständigung nur unter Nutzung der FM- 4

Anlage möglich sei.

Am 13.12.2013 fand eine interne Anspruchsprüfung der Beklagten hinsichtlich des Antrags der Klägerin auf Gewährung der FM-Anlage statt. 5

Ergänzend zur vorgelegten Verordnung hinsichtlich der FM-Anlage übersandte die Firma Hörgeräteakustik S der Beklagten mit bei dieser am Folgetag eingegangenen Schreiben vom 18.12.2013 einen Kostenvoranschlag hinsichtlich der Versorgung der Klägerin mit einer FM-Anlage sowie eine Kopie des "Anpass- und Abschlussberichts des Hörgeräte-Akustikers" bezüglich der Neuversorgung mit Hörgeräten vom 18.12.2013. Aus dem Kostenvoranschlag geht hervor, dass die Lieferung einer FM-Anlage bestehend aus den Bestandteilen "Comfort Audio, Receiver DH 10" und "DM 10 FM Mikrofon Digi System" zum Gesamtpreis von 1738,00 Euro möglich sei. 6

Die Beklagte behauptet, am 06.01.2014 ein Telefongespräch mit der Klägerin geführt zu haben im Hinblick auf den gestellten Antrag auf Versorgung mit einer FM-Anlage. Diesbezüglich ist in ihrer Verwaltungsakte dokumentiert: "Telefonat mit Fr. L, will auf jeden Fall die FM-Anlage. Soll zum Med. Dienst mit Arztanfrage." 7

Mit am Folgetag beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingegangenen Schreiben der Beklagten vom 16.01.2014 beauftragte diese den MDK mit einer Begutachtung im Hinblick auf den Antrag der Klägerin auf Versorgung mit einer FM-Anlage. Daraufhin erstattete Dr. X vom MDK am 06.02.2014 ein sozialmedizinisches Gutachten, aus welchem im Wesentlichen hervorgeht, dass die Voraussetzungen zur Versorgung der Klägerin mit einer FM-Anlage nicht erfüllt seien und eine Versorgung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht empfohlen werden könne. Dieses schließe jedoch nicht aus, dass in spezifischen Störschallsituationen, z. B. im Rahmen der von der Klägerin angeführten Erwachsenenbildung, diese von einer FM-Anlage profitieren könne. Dass sich hieraus eine Leistungspflicht ableiten lasse, könne jedoch nicht erkannt werden. Auch verfügten die der Klägerin zur Verfügung gestellten Hörgeräte über ein differenziertes Störschallmanagement. Damit sei es möglich, in spezifischen Hörsituationen den Störschall-Nutzschall-Abstand deutlich zu verbessern. Die Klägerin erreiche mit ihren Hörhilfen ein 90%iges Sprachverständnis in Ruhe und ein 40%iges Sprachverständnis im Störschall, und erfülle die Voraussetzungen zur Versorgung mit einer FM-Anlage gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie daher nicht. 8

Die Beklagte lehnte den Antrag der Klägerin auf Versorgung mit einer FM-Anlage daraufhin mit Bescheid vom 11.02.2014 ab. Eine Versorgungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sei ausgeschlossen, wenn die Grundbedürfnisse bereits befriedigt seien. Dieses sei im Hinblick auf die Hörgeräteversorgung der Klägerin der Fall. Spezielle Situationen, in denen die FM- Anlage Anwendung fände, könnten bei Erwachsenen einen darüber hinausgehenden Versorgungsanspruch nicht begründen. 9

Mit Schreiben vom 15.02.2014 legte die Klägerin Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 11.02.2014 ein. Ein Anspruch ihrerseits auf Versorgung mit der beantragten FM-Anlage bestehe. Diese sei notwendig, um z. B. an Veranstaltungen und Vorträgen teilnehmen sowie das Fernsehgerät nutzen zu können ohne die Nachbarn bzw. Mitbewohner zu stören. Eine Benachteiligung erwachsener Versicherter im Hinblick auf die Versorgung mit Hörhilfen sei nicht zulässig. Durch die begehrte FM-Anlage werde ein weitergehender Behinderungsausgleich in Form eines besseren Sprachverstehens im Störschall erreicht. Dieser Gewinn an Hörvermögen reiche aus, um einen Anspruch zu begründen. 10

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 30.04.2014 zurück. Ein Anspruch auf Versorgung mit einer FM-Anlage bestehe mangels Notwendigkeit einer solchen Versorgung – gestützt auf die Feststellungen des MDK – nicht, da eine Verbesserung des Hörvermögens der Klägerin bereits durch die zur Verfügung gestellten Hörgeräte in ausreichendem Maße erreicht werde. 11

Mit ihrer am 05.06.2014 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren – die Versorgung mit einer FM-Anlage – weiter. Ein Anspruch auf Versorgung bestehe, da sie an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit rechts und an einer hochgradigen Schwerhörigkeit links leide. Die vorhandene Hörgeräteversorgung entspreche nicht dem nach derzeitigem Stand der Medizintechnik möglichen Behinderungsausgleich, da ein Ausgleich der Schwerhörigkeit allein mit Hörgeräten nach den ärztlichen Feststellungen im Störschall nicht gelinge. Ein Vorenthalten der durch die Nutzung einer solchen Anlage entstehenden Vorteile, z. B. bei Vorträgen, beim Fernsehen oder der Wahrnehmung von Terminen unterschiedlicher Art, sei nicht zulässig. Erwachsene seien von der Versorgung mit FM-Anlagen auch nach der Hilfsmittel-Richtlinie nicht ausgeschlossen. Der Einsatz der FM-Anlage sei der alltäglichen Lebensbetätigung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zuzuordnen. Sie benötige die Anlage z. B. für selbständige Arzt- oder Behördenbesuche sowie zum Einkaufen, aber auch zur Teilnahme an Veranstaltungen insbesondere in größeren Gruppen. Ferner ergebe sich ein Anspruch schon aus § 13 Abs. 3a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V). Die dort genannten Fristen habe die Beklagte nicht gewahrt. Insbesondere das beklagteseits behauptete Telefonat vom 06.01.2014 stelle sich diesbezüglich, selbst soweit es stattgefunden hätte, nicht als ausreichend dar, da die Benennung konkreter Entscheidungsfristen nicht dokumentiert sei. Auch eine nachträgliche Aufhebung der eingetretenen Genehmigung, z. B. durch die streitgegenständlichen Bescheide, sei nicht zulässig. 12

Die Klägerin beantragt, 13

die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheids vom 11.02.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 30.04.2014 zu verurteilen, sie mit einer FM-Anlage entsprechend dem Kostenvoranschlag der Firma Hörgeräteakustik S vom 18.12.2013 nach weiterer Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu versorgen. 14

Die Beklagte beantragt, 15

die Klage abzuweisen. 16

Zur Begründung nimmt sie im Wesentlichen auf ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren Bezug. Die bereits durchgeführte Hörgeräteversorgung der Klägerin stelle sich als ausreichend dar. Ferner seien die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V nicht erfüllt. Sie habe vor Ablauf der 5-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a SGB V die Klägerin telefonisch am 06.01.2014 davon in Kenntnis gesetzt, dass die Frist nicht eingehalten werden könne. Vor diesem Hintergrund sei eine Genehmigung nicht eingetreten. Die Genehmigungsfiktion greife zudem nur dann, wenn grundsätzlich eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung vorstellbar sei. Dieses sei hier nicht der Fall. Ferner sei zu berücksichtigen, dass mit den streitgegenständlichen Bescheiden jedenfalls eine konkludente Aufhebung einer fiktiven Genehmigung vorläge. Die diesbezüglich erforderliche Ermessensbetätigung sei im Sinne einer Heilung nach § 41 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X) im Laufe des Klageverfahrens nachgeholt worden. Ein schutzwürdiges Vertrauen der Klägerin darauf, dass 17

ihr die beantragte Leistung zustehe und in Anspruch genommen werden könne, sei allein aufgrund des Ablaufs der 5-wöchigen Bearbeitungsfrist nicht entstanden. Darüber hinaus seien keine Gesichtspunkte feststellbar, die ein Festhalten an der fingierten Genehmigung rechtfertigen könnten. Das Interesse der Gemeinschaft der Beitragszahler daran, dass unberechtigte Leistungen nicht seitens der Beklagten finanziert würden, aber auch das öffentliche Interesse an der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung, überwögen das Individualinteresse der Klägerin an der letztlich materiell-rechtlich unberechtigten Leistung.

Das Gericht hat die Klägerin im Termin zur Erörterung des Sachverhalts mit den Beteiligten am 24.07.2015 sowie im Verhandlungstermin am 15.07.2016 persönlich angehört. Dort hat die Klägerin nochmals darauf hingewiesen, in welchen alltäglichen Situationen sie auf die Nutzung der FM-Anlage angewiesen sei. 18

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des übrigen Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Diese haben dem Gericht vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. 19

Entscheidungsgründe: 20

Die Klage hat Erfolg. Sie ist zulässig und begründet. 21

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Mit der (echten/allgemeinen) Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG 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 Anspruch auf Versorgung mit einer FM-Anlage auf die Regelung des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V stützt. Danach gilt eine Leistung nach Ablauf der in § 13 Abs. 3a Satz 1 und 4 SGB V genannten Fristen als genehmigt, wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die verzögerte Bearbeitung erfolgt. Dieses ist dahingehend zu verstehen, dass mit Eintritt der Fiktion ein Rechtsanspruch auf die beantragte Leistung besteht, ohne dass hierüber noch ein Bescheid der Beklagten zu erteilen wäre (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 23). Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V begründet zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 25). Die Fiktion ersetzt den Genehmigungsbescheid (Sozialgericht (SG) Dortmund, Urteil vom 05.02.2016, Az.: S 8 KR 1502/14, Rn. 15, m.w.N.; SG Dortmund, Urteil vom 22.01.2016, Az.: S 8 KR 435/14, Rn. 17, m.w.N.). Die prozessuale Situation im Falle der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V entspricht damit dem Fall, dass ein Versicherter bereits einen Bewilligungsbescheid erhalten hat, dieser aber von der Verwaltungsbehörde nicht vollzogen wird. Auch hier ist die (echte/allgemeine) Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG zulässig, da auch in diesen Fällen nicht nochmal zunächst ein Bescheid zu ergehen hat (SG Dortmund, Urteil vom 05.02.2016, Az.: S 8 KR 1502/14, Rn. 15). Die (echte/allgemeine) Leistungsklage konnte hier auch mit einer Anfechtungsklage im Sinne von § 54 Abs. 1 Satz 1, 1. Alt. SGG verbunden werden, da die Klägerin mit dem Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 11.02.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 30.04.2014 einen formellen Verwaltungsakt (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Auflage 2014, § 54, Rn. 8a, m.w.N.) erhalten hat, zu dessen Erlass die Beklagte nicht befugt war. Zu dessen Beseitigung, um sich nicht mit dem Risiko zu belasten, dass dieser Bescheid später in anderen Zusammenhängen unzutreffend als bestandskräftiger Verwaltungsakt qualifiziert wird, muss ihr gerichtlicher Rechtsschutz zustehen (BSG, Urteil vom 03.04.2003, Az.: B 13 RJ 39/02 R; SG Dortmund, 22

Urteil vom 05.02.2016, Az.: S 8 KR 1502/14, Rn. 16, m.w.N., SG Dortmund, Urteil vom 22.01.2016, Az.: S 8 KR 435/14, Rn. 17, m.w.N.; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., Anhang § 54, Rn. 4). § 54 Abs. 4 SGG findet vorliegend Anwendung und eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ist statthaft, da der von der Klägerin angefochtene Ablehnungsbescheid vom 11.02.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 30.04.2014 mit der Ablehnung des Antrags der Klägerin auf Versorgung mit einer FM-Anlage eine Leistung betrifft, auf welche gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ein Rechtsanspruch ihrerseits besteht.	
Auch die übrigen Zulässigkeitsvoraussetzungen sind vorliegend erfüllt.	23
Die Klage ist auch begründet.	24
Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 11.02.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 30.04.2014 verletzt die Klägerin in ihren Rechten gemäß § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG. Dieser ist rechtswidrig. Die Klägerin hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Versorgung mit der begehrten FM-Anlage als Sachleistung aufgrund einer gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V eingetretenen Genehmigungsfiktion.	25
Danach 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). 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 Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (§ 13 Abs. 3a Satz 3 SGB V). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 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). Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen (§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V).	26
Die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V (vgl. dazu: BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 9 ff., m.w.N.) sind vorliegend erfüllt.	27
Die Norm ist zeitlich und sachlich anwendbar. Der Antrag der Klägerin wurde am 04.12.2013 und damit nach dem 26.02.2013 (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 9) gestellt. Ferner macht die Klägerin weder unmittelbar eine Geldleistung noch die Erstattung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geltend.	28
Im Zeitpunkt der Antragstellung war die Klägerin zudem bei der Beklagten krankenversichert.	29
Die Beklagte hat die nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V zu wahrenden Fristen hier nicht eingehalten und der Klägerin Gründe hierfür nicht vor Ablauf der Frist und damit rechtzeitig mitgeteilt. Dabei kann dahinstehen, ob vorliegend die 3-Wochen-Frist oder die 5-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V gilt, denn die Beklagte hat beide Fristen nicht gewahrt. Dabei wäre zu berücksichtigen, dass wenn die Beklagte die Klägerin über die Einholung einer	30

gutachterlichen Stellungnahme des MDK im Sinne der Pflicht des § 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V innerhalb der 3-Wochen-Frist nicht unterrichtet, der Antrag nach Ablauf dieser 3-Wochen-Frist als genehmigt gilt, da der Antragsteller dieses ohne die gebotene Information nach Ablauf dieser Frist annehmen dürfte (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 28, m.w.N.). Die Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V beginnt nach § 26 Abs. 1 und 3 Satz 1 SGB X i.V.m. §§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) mit dem auf den Antragseingang folgenden Tag und endet mit Ablauf des Tages, der nach seiner Benennung dem Tag des Antragseingangs entspricht. Die Klägerin beantragte die streitgegenständliche Leistungen – was zwischen den Beteiligten unstreitig ist – mit Einreichung der Verordnung der überörtlichen Gemeinschaftspraxis V vom 04.12.2013 am 04.12.2013 gegenüber der Beklagten. Die 3-wöchige-Frist wäre vor diesem Hintergrund am 25.12.2013, bei Berücksichtigung des § 26 Abs. 3 Satz 1 SGB X am 27.12.2013, die 5-wöchige-Frist am 08.01.2014 abgelaufen. Die Entscheidung der Beklagten über den Antrag der Klägerin erfolgte erst mit Bescheid vom 11.02.2014, außerhalb der 3-wöchigen sowie der 5-wöchigen Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V. Eine den Eintritt der Genehmigungsfiktion verhindernde schriftliche Mitteilung nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V erfolgte durch die Beklagte zur Überzeugung der Kammer nicht. Zwar behauptet diese die Klägerin telefonisch am 06.01.2014 über die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK unterrichtet zu haben, welches die Klägerin bestreitet. Jedoch hat sie zur Überzeugung der Kammer weder bewiesen, dass das von ihr behauptete Telefonat tatsächlich stattgefunden hat – einziger diesbezüglicher Anhalt ist der in der Verwaltungsakte der Beklagten befindliche diesbezügliche Aktenvermerk – noch hat sie bewiesen, die formalen und inhaltlichen Anforderungen an eine solche Unterrichtung im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V eingehalten zu haben. Selbst die Beklagte selber behauptet nicht, eine schriftliche, sondern ausschließlich eine telefonische Mitteilung vorgenommen zu haben. Auch ist aus dem konkreten Wortlaut des Aktenvermerks – "Telefonat mit Fr. L, will auf jeden Fall die FM-Anlage. Soll zum Med. Dienst mit Arztanfrage." – bereits in keiner Form ersichtlich, dass eine Darlegung von Gründen im Sinne von § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V erfolgte. Zu berücksichtigen ist ferner, dass nur die Mitteilung mindestens eines hinreichenden Grundes im Sinne von § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V bewirkt, dass die Leistung trotz Ablaufs der Frist noch nicht als genehmigt gilt, wenn die Krankenkasse die Dauer des prognostizierten Bestehens eines solchen Grundes taggenau angibt (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 20). Eine Dokumentation der Angabe einer konkreten Dauer des Bestehens eines Grundes hinsichtlich der nicht fristgemäßen Entscheidung der Beklagten über den Antrag der Klägerin ist dem Aktenvermerk der Beklagten hinsichtlich des behaupteten Telefonats mit der Klägerin am 06.01.2014 jedoch in keiner Form zu entnehmen.

Der Antrag der Klägerin auf Gewährung der FM-Anlage stellt sich auch als hinreichend bestimmt dar (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 21 m.w.N.). Die Klägerin begehrt die Versorgung mit einer FM-Anlage entsprechend des Kostenvoranschlags der Firma Hörgeräteakustik S aus I vom 18.12.2013. In diesem wird mit der Lieferung einer FM-Anlage bestehend aus den Bestandteilen "Comfort Audio, Receiver DH 10" und "DM 10 FM Mikrofon Digi System" zum Gesamtpreis von 1738,00 Euro eine konkrete Übertragungsanlage benannt. 31

Ferner betraf der Antrag der Klägerin eine Leistung, die sie für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung lag. Die vom Bundessozialgericht vorgenommene Begrenzung des aus § 13 Abs. 3a SGB V resultierenden Anspruchs auf erforderliche Leistungen bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen 32

(BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 26 m.w.N.). 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 (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 26, m.w.N.). Die von der Klägerin begehrte Versorgung mit einer FM-Anlage liegt zur Überzeugung der Kammer nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne der vorstehend dargestellten Beschränkung des Anspruchs. Dieses ergibt sich bereits aus der Aufnahme solcher Übertragungsanlagen in die Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses in der zum Zeitpunkt der Antragstellung die Klägerin geltenden Fassung. Nach §§ 25 Abs. 2, 26 Hilfsmittel-Richtlinie sind solche auch bei Erwachsenen unter gewissen Voraussetzungen verordnungsfähig. Die Klägerin durfte die Versorgung mit einer solchen nach der Verordnung durch ihren Arzt auch für erforderlich halten.

Da sich die Rechtmäßigkeit der mit Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V eingetretenen Genehmigung ausschließlich nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V, nicht der Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs richtet, lässt die Kammer offen und kann dahinstehen, ob die Klägerin die insbesondere in §§ 27, 33, 34 SGB V normierten Voraussetzungen für die Versorgung mit Hörhilfen sowie die Voraussetzungen des Wirtschaftlichkeitsgebots des § 2 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 12 Abs. 1 SGB V erfüllt. Gemäß § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u. a. die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V). Der Behandlungs- und Versorgungsanspruchs eines Versicherten unterliegt allerdings den sich aus § 2 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 12 Abs. 1 SGB V ergebenden Einschränkungen. Er umfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Nach § 33 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind. Dabei besteht ein Anspruch auf Versorgung im Hinblick auf die "Erforderlichkeit im Einzelfall" nur, soweit das begehrte Hilfsmittel geeignet, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Auch insoweit darf die Krankenkasse darüber hinausgehende Leistungen gemäß § 12 Abs. 1 SGB V nicht bewilligen. Ein Erfüllen der vorgenannten Voraussetzungen, welches zwischen den Beteiligten streitig bleibt, ist für den von der Klägerin geltend gemachten Leistungsanspruch vor dem Hintergrund der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V in Form der eingetretenen Genehmigungsfiktion nicht mehr relevant (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 32).

Durch die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Fingierte Verwaltungsakte haben die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte (SG Dortmund, Urteil vom 05.02.2016, Az.: S 8 KR 1502/14, Rn. 23, m.w.N.; SG Dortmund, Urteil vom 22.01.2016, Az.: S 8 KR 435/14, Rn. 19, m.w.N.). Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung der Klägerin wirksam verfügt und

die Beklagte mit allen Einwendungen ausgeschlossen.

Die Wirksamkeit der eingetretenen (fingierten) Genehmigung des Antrags der Klägerin auf Versorgung mit einer FM-Anlage ist zur Überzeugung der Kammer auch nicht im Nachhinein wieder entfallen. 35

Auch eine fingierte Genehmigung bleibt wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben, oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 31, m.w.N.). Die fingierte Genehmigung schützt den Adressaten dadurch, dass sie ihre Wirksamkeit ausschließlich nach den allgemeinen Grundsätzen über Erledigung, Widerruf und Rücknahme eines begünstigenden Verwaltungsaktes verliert. Ihre Rechtmäßigkeit beurteilt sich nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V, nicht der Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs. Insbesondere der auf den Eintritt der Genehmigungsfiktion folgende Erlass einer ablehnenden Leistungsentscheidung der Beklagten lässt die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion daher unberührt; die Ablehnung der Leistung regelt weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme oder den Widerruf der fingierten Genehmigung (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 32). 36

Soweit die Beklagte der Auffassung ist, eine aufgrund von § 13 Abs. 3a SGB V eingetretene Genehmigung, jedenfalls mit dem streitgegenständlichen Ablehnungsbescheid vom 11.02.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 30.04.2014 zurückgenommen, widerrufen oder jedenfalls aufgehoben zu haben, folgt die Kammer dem nicht. Sowohl der Bescheid vom 11.02.2014 wie auch der Widerspruchsbescheid vom 30.04.2014 verhalten sich nicht zu einer Rücknahme, einem Widerruf oder einer Aufhebung der eingetretenen (fiktiven) Genehmigung. Die Ablehnung eines Leistungsantrags beinhaltet eine solche zur Überzeugung der Kammer weder ausdrücklich noch sinngemäß (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 32). 37

Auch soweit die Beklagte davon ausgeht, dass ihre Ablehnungsentscheidung die "konkludente Aufhebung der Genehmigungsfiktion" enthalte und damit – jedenfalls bei Auslegung ihrer Ausführungen – an § 43 SGB X anknüpft, folgt die Kammer auch dem nicht. Dabei kann dahinstehen, ob die Voraussetzungen für eine Umdeutung im Sinne von § 43 SGB X bezüglich des Ablehnungsbescheids vom 11.02.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 30.04.2014 als Rücknahme bzw. Aufhebungsbescheid im Sinne von §§ 45, 48 SGB X zu verstehen sind, denn nach § 43 Abs. 3 SGB X kann ein Ausgangsverwaltungsakt, der sich als gebundene Entscheidung darstellt, nicht in einen Ermessensverwaltungsakt umgedeutet werden (Siewert/Waschull in: Diering/Timme, Kommentar zum SGB X, 4. Auflage 2016, § 43, Rn. 14, m.w.N.; Schütze in: von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Auflage 2014, § 43, Rn. 12, m.w.N.; BSG Urteil vom 28.10.2008, Az.: B 8 SO 33/07 R; BSG, Urteil vom 31.01.2006, Az.: B 11a AL 13/05 R). Die Umdeutung einer gebundenen Entscheidung in eine Ermessensentscheidung scheidet aus, da eine Ermessensentscheidung nur rechtmäßig ist, wenn die Behörde selbst Ermessen ausgeübt hat (Schütze in: von Wulffen/Schütze, a.a.O., § 43, Rn. 12, m.w.N.). Bei dem von der Klägerin ursprünglich geltend gemachten Anspruch auf Versorgung mit einer FM-Anlage im Sinne eines Hilfsmittels nach §§ 27, 33 SGB V handelt es sich um einen gebundenen Anspruch, welcher nicht im Ermessen der Beklagten steht. Bei der Rücknahme- bzw. Aufhebungsentscheidung der Beklagten im Sinne von §§ 45, 48 SGB X handelt es sich hingegen um eine Ermessensentscheidung. Sie setzt eine ordnungsgemäße Ermessensausübung unter Beachtung der Grenzen des Ermessensspielraums gemäß § 39 38

Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil – (SGB I) unter Beifügung einer diesbezüglichen hinreichenden Begründung gemäß § 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X voraus. Auf eine solche besteht ein Rechtsanspruch des Versicherten. Da in dieser Konstellation bereits eine Umdeutung im Sinne von § 43 SGB X, welche vorliegend Voraussetzung für ein Erblicken einer Rücknahme- bzw. Aufhebungsentscheidung der Beklagten in dem streitgegenständlichen Bescheid wäre, ausscheidet, lässt die Kammer offen und kann letztendlich dahinstehen, ob die Beklagte mit ihrem Schreiben vom 23.05.2016 eine erforderliche Ermessensausübung hinreichend nachgeholt hätte. Eine Heilung im Sinne von § 41 Abs. 2 SGB X – wie von der Beklagten angenommen – würde zudem bereits deshalb ausscheiden, weil im Ausgangsbescheid, dem Ablehnungsbescheid vom 11.02.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 30.04.2014 keinerlei Ermessensausübung stattgefunden hat bzw. dokumentiert ist. Soweit die Behörde im Ausgangsbescheid ersichtlich kein Ermessen ausgeübt hat, ist eine Heilung dieses Fehlers nach § 41 Abs. 2 SGB X im Widerspruchsbescheid nicht möglich. Es kann dann nur ein neuer Bescheid nach Ausübung pflichtgemäßen Ermessens erlassen werden, denn eine Ermessensentscheidung ist gegenüber der gebundenen Entscheidung materiell-rechtlich ein aliud (Schütze in: von Wulffen, Kommentar zum SGB X, 7. Auflage 2010, § 41, Rn. 11, m.w.N.). Eine Heilung dieses Fehlers noch im Klageverfahren scheidet aufgrund der nicht ausschließlich fehlenden Bekanntgabe der für die Ermessensentscheidung tatsächlich maßgeblichen Gründe im Sinne einer Ermessensbegründung, sondern eines Ausfalls der Ermessensbetätigung selbst im Sinne des § 39 SGB I, aus (Schütze in: von Wulffen, a.a.O., § 41, Rn. 11, m.w.N.).

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 183, 193 SGG.

39

Die Berufung ist gemäß § 144 Abs. 1 SGG zulässig. Der Berufungsstreitwert von 750,00 Euro wird vorliegend bei streitgegenständlicher Versorgung der Klägerin mit einer FM-Anlage, welche ausweislich des Kostenvoranschlags vom 18.12.2013 Kosten i.H.v. 1738,00 Euro verursacht, erreicht.

40