

---

## S 68 KR 1058/17

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Sozialgericht Dortmund
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	68
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 68 KR 1058/17
Datum	05.09.2017

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 16 B-KR 705/17
Datum	-

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

Der Antrag der Klägerin, ihr für die erste Instanz Prozesskostenhilfe unter Beordnung von Rechtsanwalt L zu bewilligen, wird abgelehnt.

Gründe:

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe war abzulehnen.

Nach [§ 73a Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) in Verbindung mit den [§§ 114, 115](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) erhält ein Beteiligter, der nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht, nur zum Teil oder in Raten aufbringen kann, auf Antrag Prozesskostenhilfe, wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint. Für die Annahme einer hinreichenden Erfolgsaussicht genügt eine gewisse Erfolgswahrscheinlichkeit, wobei das Wort "hinreichend" kennzeichnet, dass das Gericht sich mit einer vorläufigen Prüfung der Erfolgsaussicht begnügen darf und muss. Bei der im Prozesskostenhilfverfahren durchzuführenden summarischen Prüfung ist eine hinreichende Erfolgsaussicht zu verneinen, wenn sich aus den Verfahrensunterlagen unter Berücksichtigung des Vorbringens der Beteiligten keine konkreten Anhaltspunkte für eine Fehlerhaftigkeit

---

der angegriffenen Entscheidung ergeben. Wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Prozesskostenhilfeantrag weitere Ermittlungen von Amts wegen erforderlich sind, ist die Erfolgsaussicht häufig, aber nicht immer, gegeben. Prozesskostenhilfe kann verweigert werden, wenn ein Erfolg in der Hauptsache zwar nicht schlechthin ausgeschlossen ist, die Erfolgchance aber nur eine entfernte ist.

Ausgehend hiervon ist der Klage keine hinreichende Erfolgsaussicht beizumessen.

Der Bescheid der Beklagten vom 11. Januar 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. April 2017 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Sie kann weder nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1, 2 Alternative Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\) \(1\)](#) noch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1, 1 Alternative SGB V \(2\)](#) Erstattung der entstandenen Kosten bzw. Freistellung hiervon für die augenärztliche Behandlung beanspruchen. Auch aus [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) folgt der geltend gemachte Anspruch nicht (3).

1. Gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1, 2 Alternative SGB V](#) sind Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung die entstandenen Kosten zu erstatten, wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch die Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war.

Aufgrund der Formulierung "dadurch" muss zwischen der Entstehung der Kosten für die selbstbeschaffte Leistung und der Leistungsablehnung ein Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteile vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 2/08 R](#) - mit weiteren Nachweisen und vom 22. März 2005 - [B 1 KR 3/04 R](#)) folgt aus dem Umstand, dass zwischen der Ablehnung der Leistung und der Selbstbeschaffung ein Ursachenzusammenhang bestehen muss auch die Notwendigkeit, dass die rechtswidrige Vorenthaltung der Naturalleistung durch die Krankenkasse wesentliche Ursache der Selbstbeschaffung sein muss.

Aufgrund des Kausalitätserfordernisses ist eine Kostenerstattung für Leistungen, die Versicherte vor der Leistungsablehnung in Anspruch genommen haben, regelmäßig ausgeschlossen. An einem Ursachenzusammenhang fehlt es auch dann, wenn der Versicherte sich zwar vor der Leistungsanspruchnahme an die Krankenkasse gewandt hatte, er aber unabhängig von deren Entscheidung auf eine bestimmte Leistung festgelegt und entschlossen ist, sich diese im Ablehnungsfalle selbst zu beschaffen (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 8. September 2015, [B 1 KR 14/14 R](#)).

Ausgehend hiervon war die Leistungsablehnung der Beklagten nicht ursächlich für die der Klägerin möglicherweise entstandenen Kosten, weil sie sich bereits im Dezember 2014 in die augenärztliche Behandlung begab und erst danach im Januar 2015 an die Beklagte mit dem Begehren der Übernahme der Kosten gewandt hat.

2.

---

Gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), 1 Alternative SGB V sind Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung die entstandenen Kosten zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, soweit die Leistung notwendig war.

Ob eine Leistung unaufschiebbar ist und damit eine dringende Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, beurteilt sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien (Krauskopf-Wagner, SozKV, [§ 13 SGB V](#) RdNr 26). Unaufschiebbarkeit verlangt, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 4. April 2006, [B 1 KR 7/05 R](#)). Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder z.B. wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 8. September 2015, [B 1 KR 14/14 R](#)).

Ausgehend hiervon lag hier keine Unaufschiebbarkeit vor, weil es sich bei der augenärztlichen Behandlung um einen elektiven Eingriff handelte. Eine rechtzeitige Planung und Antragstellung war zur Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Vorabfassung der Krankenkasse geboten und möglich.

3. Gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) ist die Krankenkasse zur Erstattung der Kosten für eine erforderliche Leistung verpflichtet, wenn sich Leistungsberechtigte diese Leistung nach Ablauf der maßgeblichen Fristen des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 oder Satz 4 SGB V](#) beschafft haben. Hiervon sind nicht Fälle umfasst, in denen Versicherte sich vor Ablauf der Frist und erst recht vor Antragstellung die Leistung selbst beschaffen, was hier der Fall war.

Erstellt am: 16.05.2018

Zuletzt verändert am: 16.05.2018