

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluß in dem Rechtsstreit

Az: 1 BK 31/96

..... ,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Barmer Ersatzkasse,
Untere Lichtenplatzer Straße 100-102, 42289 Wuppertal,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 15. April 1997 durch den Präsidenten
v o n W u l f f e n , die Richter S t e e g e und Dr. D r e h e r sowie die
ehrenamtlichen Richter G e r n e r und B a r t s c h
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des
Landessozialgerichts Berlin vom 17. April 1996 wird zurückgewiesen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe:

I

Dem 1977 geborenen Kläger, der über seine Mutter bei der beklagten Ersatzkasse krankenversichert war, wurden im November 1992 von der Frauenärztin Dr. W. auf Privat-rezept 2 x 25 Kondome verordnet. Die Beklagte lehnte es ab, den für die Beschaffung der Kondome aufgewendeten Betrag von 49,57 DM zu erstatten. Klage und Berufung sind erfolglos geblieben. Nach Auffassung des Landessozialgerichts (LSG) scheidet ein Anspruch aus § 13 Abs 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aus, weil Kondome nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Soweit das Gesetz Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr in § 24a Abs 2 SGB V einen Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln zubilligt, beziehe sich dies nur auf Mittel, die nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisregelung, Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch (Sonstige-Hilfen-Richtlinien) ordnungsfähig seien. Hierzu zählten Kondome nicht. Die genannten Richtlinien seien, wiewohl nur Verwaltungsbinnenrecht, für die Krankenversicherungsträger und die Vertragsärzte nach § 81 Abs 3 Nr 2 SGB V verbindlich und auch von den Gerichten nur auf ihre Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht sowie ihre sachliche Vertretbarkeit zu überprüfen. Dadurch, daß nach den Sonstige-Hilfen-Richtlinien nur verschreibungspflichtige Verhütungsmittel zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden könnten, würden Grundrechte der Versicherten nicht verletzt.

Die Nichtzulassungsbeschwerde begründet der Kläger mit der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache. Klärungsbedürftig sei, ob die Beschränkung der Leistungspflicht auf verschreibungspflichtige Antikonzeptiva und Intrauterinpessare und damit im Ergebnis der Ausschluß männlicher Versicherter von der Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln mit dem Gesetz in Einklang stehe sowie gegebenenfalls, ob der Ausschluß der Versorgung mit Kondomen trotz ärztlicher Verordnung verfassungsgemäß sei. § 24a Abs 2 SGB V begünstige unterschiedslos alle Versicherten bis zur Vollendung des 20. Lebensjahrs und setze nur voraus, daß das jeweilige Verhütungsmittel ärztlich verordnet werde. Zu dem Rechtsproblem, ob der gesetzliche Leistungsanspruch durch bloße Richtlinien eines Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen wirksam beschränkt werden könne, habe sich das Bundessozialgericht (BSG) bisher nicht abschließend geäußert. Dasselbe gelte für die Frage, ob der in den Sonstige-Hilfen-Richtlinien angeordnete Ausschluß der Verordnung von Kondomen mit den Grundrechten des Versicherten aus Art 2 Abs 1 und 2 sowie Art 3 Abs 1, 2 und 3 Grundgesetz vereinbar sei.



II

Die Beschwerde ist zulässig, aber nicht begründet.

Wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist die Revision nur zuzulassen, wenn die vom Beschwerdeführer aufgeworfenen Rechtsfragen klärungsbedürftig, in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig sowie über den Einzelfall hinaus von Bedeutung sind. An der Klärungsfähigkeit fehlt es im vorliegenden Fall. Die in der Beschwerdebegründung formulierten Fragen könnten in einem etwaigen Revisionsverfahren voraussichtlich nicht beantwortet werden, weil die klageabweisenden Urteile der Vorinstanzen bereits aus anderen Gründen bestätigt werden müßten.

Der Kläger stützt seinen Anspruch auf § 13 Abs 2 (jetzt Abs 3) SGB V in der hier noch maßgebenden Fassung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477). Danach sind dem Versicherten Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, wenn sie dadurch entstanden sind, daß die Krankenkasse die unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Voraussetzung 1) oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Voraussetzung 2). Wie der Senat in dem zur Veröffentlichung bestimmten Urteil vom 24. September 1996 - 1 RK 33/95 - näher ausgeführt hat, muß zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (bei Voraussetzung 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Voraussetzung 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang bestehen, ohne den die Bedingung des § 13 Abs 1 SGB V für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt ist. Das bedeutet einmal, daß die Krankenkasse nur für solche Leistungen aufzukommen hat, die sie auch bei rechtzeitiger bzw ordnungsgemäßer Bereitstellung der geschuldeten Behandlung hätte gewähren müssen. Des weiteren bedeutet es, daß Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung, soweit diese nicht ausnahmsweise unaufschiebbar war, nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hatte; ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten.

Letzteres hat der Senat zu dem Rechtszustand vor Inkrafttreten des SGB V bereits entschieden (Urteil vom 10. Februar 1993 - SozR 3-2200 § 182 Nr 15). Er hat dabei auf den Ausnahmecharakter der Kostenerstattung verwiesen und betont, den Krankenkassen müsse zur Vermeidung von Mißbräuchen vorab die Prüfung ermöglicht werden, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereitgestellt werden könne und, falls dies nicht möglich sei, ob sie zum Leistungsumfang



der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre, insbesondere den Anforderungen der Geeignetheit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung genüge. Der Versicherte sei deshalb vor Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Systems grundsätzlich gehalten, sich an seine Krankenkasse zu wenden und die Gewährung zu beantragen. Er dürfe der Entscheidung der Kasse nicht dadurch vorgreifen, daß er die erstrebte Behandlung bei einem Nichtkassenarzt durchführen lasse und die erforderliche Prüfung in das Verfahren der Kostenerstattung verlagere. An diesen Grundsätzen hat sich durch die Kodifizierung des bis dahin nur richterrechtlich anerkannten Kostenerstattungsanspruchs in § 13 Abs 2 (jetzt Abs 3) SGB V nichts geändert. Bereits der Wortlaut der Vorschrift zeigt, daß auch das geltende Recht von dem Erfordernis einer vorherigen Einschaltung der Krankenkasse ausgeht, denn danach müssen die zu ersetzenden Kosten "dadurch" entstanden sein, daß die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Erst die Weigerung der Kasse gibt dem Versicherten das Recht, sich die benötigte Behandlung selbst zu beschaffen und die Erstattung der dafür aufgewendeten Kosten zu verlangen. Bei einem anderen Verständnis hätte es der differenzierenden Regelung mit der Unterscheidung zwischen unaufschiebbaren und sonstigen Leistungen nicht bedurft, weil dann für die Kostenerstattung nur vorausgesetzt würde, daß ein dem Versicherten an sich zustehender Sachleistungsanspruch im System der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung nicht erfüllt werden konnte. Auch diese Überlegung macht deutlich, daß der Erstattungsanspruch nach § 13 Abs 2 (jetzt Abs 3) SGB V auf die Kosten beschränkt ist, die durch die Ablehnung der Krankenkasse verursacht wurden, die also danach entstanden sind.

Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhängig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher Höhe dafür Kosten anfallen. Das BSG hat zwar zum früheren Recht der Reichsversicherungsordnung die Auffassung vertreten, der Versicherte brauche die Leistung dann nicht vorher zu beantragen, wenn von vornherein feststehe, daß die Kasse sie ihm verweigern werde (Urteil des 8. Senats vom 14. Dezember 1982 - SozR 2200 § 182 Nr 86; Urteil des 3. Senats vom 17. September 1986 - USK 86134 S 616). Diese Rechtsprechung kann indessen für das geltende Recht nicht übernommen werden. Abgesehen davon, daß sie schwierige Abgrenzungsprobleme aufwirft, weil unklar ist und sich kaum abstrakt festlegen läßt, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit der Versicherte von einer als sicher zu erwartenden Ablehnung ausgehen darf, läßt der jetzige eindeutige Gesetzeswortlaut eine solche Ausnahme nicht zu. Der Senat ist deshalb bereits in seinen bisherigen Entscheidungen zu § 13 Abs 3 SGB V stillschweigend davon ausgegangen, daß die Vorschrift eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell ausschließt (vgl etwa Beschluß vom 31. Januar 1995 - 1 BK 31/94 -, nicht veröffentlicht; Urteil vom 10. Mai 1995 in SozR 3-2500 § 33 Nr 15 S 63 f; Urteil vom 24. September 1996 - 1 RK 33/95 -, zur Veröffentlichung vorgesehen).



Bei Zugrundelegung dieser rechtlichen Kriterien ist für den geltend gemachten Anspruch kein Raum. Aus den im angefochtenen Urteil in Bezug genommenen Unterlagen ergibt sich, daß die ärztliche Verordnung über 2 x 25 Kondome am 24. November 1992 bei der Apotheke eingelöst worden ist. Erst danach hat der Kläger sich mit einem am 26. November 1992 eingegangenen Schreiben an die Beklagte gewandt und die Erstattung der aufgewendeten Kosten beantragt. Eine ablehnende Entscheidung kann frühestens in dem Schreiben der Beklagten vom 18. Dezember 1992 gesehen werden, das den nachfolgenden formellen Ablehnungsbescheid vom 13. Januar 1993 vorbereitet hat. Bei dieser Sachlage fehlt es an dem erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen Leistungsverweigerung und Kostenentstehung, so daß es auf die in der Nichtzulassungsbeschwerde aufgeworfenen Rechtsfragen nicht ankommt.

Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)