

L 4 KR 4998/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 8 KR 744/02
Datum
20.11.2002
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 4998/05
Datum
22.06.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 20. November 2002 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung weiterer Kosten einer intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) in Höhe von EUR 1.832,64.

Der am 1967 geborene Kläger war bis 30. Juni 2003 Mitglied der Beklagten. Seine Ehefrau, G. M., geboren am 1969, ist beihilfeberechtigt und privat gegen das Risiko der Krankheit bei der Debeka Krankenversicherungsverein a.G. versichert.

Unter Vorlage eines ärztlichen Attestes des Oberarztes Dr. G., Universitätsklinikum T., Frauenklinik, vom 25. September 2001 beantragte der Kläger mit Schreiben vom 30. September 2001 die vollständige Übernahme der Kosten einer künstlichen Befruchtung, bei der eine In-vitro-Fertilisation (IVF) in Verbindung mit einer ICSI-Therapie, deren Kostenübernahme die private Krankenkasse seiner Ehefrau mit Hinweis auf das Verursacherprinzip ablehne. In dem Attest gab Dr. G. an, bei dem Ehepaar bestehe eine primäre Sterilität, deren Ursache die deutliche Spermiogrammeinschränkung beim Kläger sei. Es liege eine ausgesprochene Teratozoospermie vor. Bei seiner Ehefrau lägen dagegen völlig unauffällige Befunde mit regelmäßigen Zyklen und unauffälligen Hormonwerten vor. Dr. G. hielt nur bei Durchführung einer ICSI-Therapie eine realistische Schwangerschaftschance für gegeben.

Mit Schreiben vom 16. Oktober 2001 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass keine Kosten für Maßnahmen übernommen werden könnten, die unmittelbar der Person des nicht gesetzlich versicherten Ehepartners zuzuordnen seien. Dies gelte auch für die Arzneimittel, die der gesetzlich nicht versicherten Ehefrau verschrieben würden. Dagegen übernehme sie (die Beklagte) Leistungen, die außerhalb des Körpers erbracht würden und keiner Person zugeordnet werden könnten. Ebenso würden die Behandlungskosten der ICSI, die eindeutig dem Kläger zuzuordnen seien, übernommen. Nachdem der Kläger um einen rechtsmittelfähigen Bescheid gebeten hatte (Schreiben vom 19. Oktober 2001), bestätigte die Beklagte mit Bescheid vom 05. November 2001 nochmals, sie werde die Behandlungskosten der IVF und der ICSI, die eindeutig ihm zuzuordnen seien, sowie die Leistungen, die außerhalb des Körpers erbracht würden, erstatten. Leistungen für die privat versicherte Ehefrau würden dagegen nicht übernommen. Der Kläger legte Widerspruch ein. Zur Wahrung des Gleichbehandlungsgebots sei es auch bei einem zeugungsunfähigen Mann notwendig, dass die Krankenkasse sämtliche Kosten für eine ICSI-Behandlung übernehme. Ergänzend reichte er ein Schreiben der Debeka Krankenversicherungsverein a.G. vom 20. November 2001 ein, aus dem sich ergibt, dass die Debeka Kosten nicht übernimmt, da bei der bei ihr versicherten Ehefrau eine Krankheit nicht vorliege (§ 1 Abs. 2 MD/KK).

Mit Widerspruchsbescheid vom 28. März 2002 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des Klägers zurück. Der Anspruch auf Leistungen für die Ehefrau, die nicht Mitglied der Beklagten sei, sei gemäß § 27a Abs. 3 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) ausdrücklich ausgeschlossen. Die Beklagte habe die Behandlungskosten, die dem Kläger zuzuordnen seien, übernommen und insgesamt EUR 1.162,68 (DM 2.274,00) erstattet. Eine weitergehende Kostenübernahme sei nicht möglich.

Der Kläger hat am 22. April 2002 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben. Ergänzend hat er vorgetragen, für den Anspruch eines Mitglieds auf Kostenübernahme für die fragliche Behandlung sei nicht entscheidend, bei welchem Ehepartner die Ursache der Kinderlosigkeit vorliege. Er nehme Bezug auf die Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) vom 03. April 2001 ([B 1 KR 22/00 R](#) und [B 1 KR 40/00 R](#)). Der Kläger hat die seiner Ehefrau entstandenen Kosten mit DM 3.584,29 (Kosten insgesamt DM 7.168,58 abzüglich des von der Beihilfe erstatteter Betrags von DM 3.584,29) = EUR 1.832,64 beziffert. Er hat vorgelegt - das (Privat-)Rezept für seine Ehefrau vom 08.

November 2001 (Cetrotide, Gonal F, Predalon, Utrogest), DM 4.917,28 DM (= EUR 2.458,64) - das (Privat-)Rezept für seine Ehefrau ohne Datum, eingelöst am 24. November 2001 (Cetrotide), DM 138,74 (= EUR 69,37) - die Rechnung des Prof. Dr. J. vom 18. Oktober 2001 an seine Ehefrau über am 26. September 2001 erbrachte Laborleistungen, DM 195,34 (= EUR 97,67) - die Rechnung des Universitätsklinikums T. vom 19. Dezember 2001 an seine Ehefrau über am 29. November 2001 erbrachte Leistungen (Punktion, Eizellgewinnung, Insemination), DM 1.917,22 (= EUR 958,61). - die an ihn gerichtete Rechnung des Universitätsklinikums T. vom 29. November 2001 über eine Pauschale für ICSI, DM 2.274,00 (= EUR 1.162,68). Er hat hierzu vorgetragen, die Beklagte habe lediglich die mit Rechnung des Universitätsklinikums T. vom 29. November 2001 geltend gemachte Pauschale für ICSI in Höhe von DM 2.274,00 bezahlt.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Nach der Rechtsprechung des BSG komme die Kostenübernahme für Leistungen, die am Körper der nicht versicherten Ehefrau ausgeübt wurden, nicht in Betracht.

Durch Urteil vom 20. November 2002 hat das SG die Klage abgewiesen. Ein Kostenerstattungsanspruch in Höhe von EUR 1.832,64 scheidet aus, da die Beklagte die streitige Leistung über die bereits gewährte hinaus nicht schulde. Zwar bestehe grundsätzlich ein Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach [§ 27a Abs. 1 SGB V](#). Nach [§ 27a Abs. 3 SGB V](#) würden allerdings Maßnahmen von der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgenommen, die unmittelbar und ausschließlich am Körper des anderen, nicht bei ihr versicherten Ehegatten geführt würden. Hierunter würden die streitigen Maßnahmen fallen. Ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz nach [Art. 3 des Grundgesetzes \(GG\)](#) sei nicht zu erkennen.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 25. November 2002 zugestellte Urteil richtet sich die am 27. Dezember 2002 eingelegte Berufung. Auf übereinstimmenden Antrag der Beteiligten hat der Senat zunächst das Ruhen des Verfahrens angeordnet (Beschluss vom 12. Mai 2004). Die Beklagte hat das Berufungsverfahren am 22. November 2005 wieder angerufen.

Zur Begründung seiner Berufung bezieht sich der Kläger im Wesentlichen auf seinen bisherigen Vortrag. Ergänzend führt er aus, die im Streit stehenden Kostenpositionen könnten nicht isoliert seiner Ehefrau zugeordnet werden. Sie seien als Kosten anzusehen, die insgesamt notwendigerweise mit der hier durchgeführten Behandlung anfielen. Es handle sich um Maßnahmen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Zusammenführung der Keimzellen außerhalb des Körpers stünden.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 20. November 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 16. Oktober 2001 und 05. November 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. März 2002 zu verurteilen, ihm weitere Behandlungskosten in Höhe von EUR 1.832,64 zu erstatten. Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die erstattungsfähigen Leistungen habe sie mit der Pauschale für die ICSI in Höhe von EUR 1.162,68 erstattet. Eine weitere Kostenübernahme sei nicht möglich. Die Laborleistungen (Rechnung vom 18. Oktober 2001), die Punktion, Eizellgewinnung und Insemination (Rechnung vom 19. Dezember 2001) sowie die Arzneimittelverordnungen seien der Ehefrau des Klägers zuzuordnen. Nach (einer von ihr eingeholten) Auskunft des Universitätsklinikums T. vom 26. Februar 2004 sei mit dem im Leistungstext der Rechnung genannten Begriff "Insemination" der Transfer der befruchteten Eizelle gemeint und die Leistung umfasse Punktion, Eizellgewinnung und Transfer. Weiter beziehe sie sich auf die Entscheidung des BSG vom 22. März 2005 ([B 1 KR 11/03 R](#)), wonach eine Krankenkasse gegenüber ihrem Versicherten nicht leistungspflichtig für Maßnahmen sei, die unmittelbar oder ausschließlich am Körper des nicht bei ihr versicherten Ehegatten ausgeführt würden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten, die Akten des SG und die Akten des Senats, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Klarstellend ist darauf hinzuweisen, dass Streitgegenstand nicht nur der Bescheid der Beklagten vom 05. November 2001, sondern auch der Bescheid der Beklagten vom 16. Oktober 2001 ist. Mit diesem Schreiben hat die Beklagte bereits eine Entscheidung in der Sache getroffen, die gegenüber dem Kläger Außenwirkung entfalten sollte. Dieses Schreiben stellt sich deshalb als Verwaltungsakt i. S. des [§ 31](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB X) dar. Der Kläger hat mit Schreiben vom 19. Oktober 2001 sinngemäß einen Widerspruch erklärt und diesen im Folgenden inhaltlich bestätigt. Mit dem vorliegenden Bescheid vom 05. November 2001 hat die Beklagte die bereits zuvor getroffenen Entscheidungen bestätigt und damit einen wiederholenden Verwaltungsakt erlassen.

II.

Die gemäß [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte, nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Bescheide der Beklagten vom 16. Oktober 2001 und 15. November 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. März 2002 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung von EUR 1.832,64.

Anspruchsgrundlage für den vom Kläger geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Danach sind dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung, soweit die Leistung notwendig war, in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt aber voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (ständige

Rechtsprechung vgl. z.B. BSG [SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#)). Maßgeblich ist insoweit die Sach- und Rechtslage für den Zeitraum, für welchen die Erstattung von Kosten geltend gemacht wird (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 12](#)).

Nach [§ 27a Abs. 1 SGB V](#) hatte der Kläger als Versicherter der Beklagten Anspruch auf Leistungen auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, und zwar nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) als Sachleistung. Diese Leistungen lehnte die Beklagte nicht ab. Die Beklagte erklärte sich bereit, die entstandenen Kosten zu erstatten. Dies ist auch hinsichtlich der an den Kläger gerichteten Rechnung des Universitätsklinikums T. vom 29. November 2001 über eine Pauschale für ICSI in Höhe von DM 2.274,00 (= EUR 1.162,68) erfolgt.

Die weiter vom Kläger geltend gemachten Kosten betreffen die Behandlung der Ehefrau des Klägers. Dies ergibt sich für den Senat daraus, dass die weiter vorgelegten ärztlichen Rechnungen und (Privat-)Rezepte an die Ehefrau des Klägers gerichtet sind und die berechneten Leistungen und verordneten Arzneimittel solche sind, die typischerweise am bzw. im Körper der Frau vorgenommen werden. Bei dem Rezept vom 08. November 2001 wurden der Ehefrau des Klägers Arzneimittel zur Hormonstimulierung verordnet. Diese Arzneimittel kamen allein im Körper der Ehefrau des Klägers zum Einsatz. Dasselbe gilt für das durch Rezept (ohne Datum) eingelöst am 24. November 2001 nochmals verordnete Medikament Cetrotide. Die Laborkosten, die der Ehefrau des Klägers mit Rechnung des Prof. Dr. J. vom 18. Oktober 2001 berechnet wurden, betreffen ebenfalls Leistungen, die nicht am Körper des Klägers oder außerhalb von Körpern, sondern allein durch Maßnahmen am Körper der Ehefrau des Klägers angefallen sind. Bei den Leistungen, die die Universitätsklinik T. der Ehefrau des Klägers in Rechnung der vom 29. November 2001 berechnete, handelt es sich ebenfalls um solche Leistungen. Nach der Klarstellung des Universitätsklinikums T. mit Schreiben vom 26. Februar 2004 ist der dort verwendete Begriff "Insemination" irreführend, möglicherweise auf einen EDV-Fehler zurückzuführen. Die abgerechnete Leistung umfasst nur die Punktion, die Eizellgewinnung und den Transfer. Auch insoweit handelt es sich um Leistungen, die ausschließlich im und am Körper der (nicht gesetzlich versicherten) Ehefrau des Klägers stattfanden. Da die Ehefrau des Klägers nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, ist die Beklagte hierfür nicht leistungspflichtig. Nach der Rechtsprechung des BSG ([SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#)), der sich der Senat angeschlossen hat (vgl. Beschluss vom 10. Oktober 2006 - [L 4 KR 146/06](#) -; Urteil vom 01. Juni 2007 - [L 4 KR 3866/05](#) -), ist die Beklagte als gesetzliche Krankenkasse des Klägers für Kosten der Maßnahmen nicht leistungs- und damit auch nicht erstattungspflichtig, die durch Behandlungsschritte im Rahmen des [§ 27a SGB V](#) entstanden sind, die unmittelbar und ausschließlich am bzw. im Körper der privat versicherten Ehefrau vorgenommen wurden. Der Anspruch eines Versicherten gegen seine Krankenkasse gemäß [§ 27a SGB V](#) umfasst zunächst alle Maßnahmen, die "bei ihm", d.h. unmittelbar an bzw. in seinem Körper erforderlich sind und unabhängig davon, bei welchem Ehegatten die Unfruchtbarkeit vorliegt, die extrakorporalen Behandlungsmaßnahmen (BSG [SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#)).

Weil die Beklagte die von ihr dem Kläger geschuldete Leistung nicht abgelehnt hat, fehlt es auch an der weiteren Voraussetzung des Kostenerstattungsanspruchs, dass dem Versicherten dadurch Kosten entstanden sind, dass die Krankenkasse die Leistung abgelehnt hat. [§ 13 Abs 3 SGB V](#) gewährt einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -). Der Kläger konnte die ICSI-Behandlung als Sachleistung erhalten. Ihm wären dann Kosten nicht entstanden, weil die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt wäre. Die in dem Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) - hier maßgeblich die im Jahre 2001 geltenden Fassung -, der die für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung maßgebliche Gebührenordnung ist und der auf der Rechtsgrundlage des [§ 87 SGB V](#) beruht, enthaltenen entsprechende Gebührennummern 1184 und 1194 EBM hätten die bei der ICSI-Behandlung nach den Richtlinien des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (heute Gemeinsamer Bundesausschuss) über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zu erbringenden ärztlichen Leistungen umfassen und nahezu vollständig abgedeckt. Da der Kläger die begehrte Leistung als Sachleistung hätte erhalten können, ist auch nicht nachvollziehbar, weshalb er privatärztliche Behandlung mit der Abrechnung auf der Grundlage der GOÄ in Anspruch nahm.

Es ist verfassungsrechtlich nicht geboten, dass sich - hier zu Lasten der Beklagten - für ein Ehepaar stets eine hundertprozentige Kostendeckung bei der Durchführung einer IVF/ICSI-Behandlung ergeben muss, also auch dann, wenn ein Partner privat krankenversichert ist. Es ist dann vielmehr Sache dieses privat versicherten Ehegatten, bei seiner privaten Versicherung die unmittelbar und ausschließlich seinen Körper betreffende Behandlung geltend zu machen. Auch wenn sich die private Versicherung nicht für leistungspflichtig erklärt, ergibt dies keine weitergehende Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse des gesetzlich versicherten Ehepartners. Auch der Umstand, dass die Ursache der Fertilitätsstörung hier beim Kläger liegt, begründet im Hinblick auf [§ 27a Abs. 3 SGB V](#) nicht eine hundertprozentige Leistungspflicht der Beklagten, weil die private Versicherung seiner Ehefrau eine Leistungspflicht generell abgelehnt hat.

III.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-07-03