L 4 KR 30/07

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 3 KR 29/04

Datum
06.01.2007
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 30/07

Datum
04.07.2008
3. Instanz

-
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. Dezember 2007 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte auch verpflichtet ist, Kosten der künstlichen Befruchtung zu übernehmen, die bei der Ehefrau des Klägers angefallen sind.

Der 1972 geborene Kläger ist bei der Beklagten versichert. Nach Angaben des Zentrums für Reproduktionsmedizin besteht bei ihm und seiner Frau eine zweijährige primäre Sterilität vor dem Hintergrund einer stark eingeschränkten Spermiensituation. Die Ehefrau des Klägers ist privat krankenversichert, sie hat keine Sterilitätskomponenten. Nach Angaben des Dr.N. haben die Versuche der intrauterinen Insemination nicht zu einer Schwangerschaft geführt, so dass jetzt die Indikation zur IVF-ICSI Behandlung gegeben sei. Die private Krankenversicherung der Ehefrau des Klägers hat ihr mitgeteilt, es bestehe für die geplanten Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, der unerfüllte Kinderwunsch gehe ausschließlich auf die Fertilitätsstörung beim Ehemann zurück. Der von der Beklagten eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (Frauenärztin Dr.S.) kam zu dem Ergebnis, die medizinische Indikation für IVF-ICSI liege vor.

Die Beklagte hat dem Kläger mit Bescheid vom 07.10.2003 mitgeteilt, sie könne nur die Kosten der Leistungen für ihn persönlich zuzüglich Beratungen und ICSI übernehmen, die Kosten der Ehefrau für die IVF und die entsprechenden Arzneien würden nicht übernommen. Hiergegen legte der Bevollmächtigte des Klägers am 24.10.2003 Widerspruch ein. Die Einzelansprüche der Ehegatten ergänzten sich lückenlos zu einem gemeinschaftlichen Anspruch des Ehepaares, ohne dass es darauf ankomme, bei wem die Ursache für die Kinderlosigkeit zu suchen sei. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 08.12.2003 zurückgewiesen, weil durch [§ 27a Abs. 3 SGB V](#) im Ergebnis nur solche Maßnahmen von der Leistungspflicht der Krankenversicherung ausgenommen seien, die unmittelbar und ausschließlich am Körper des anderen, nicht bei ihr versicherten Ehegatten durchgeführt werden.

Mit der hiergegen am 12.01.2004 zum Sozialgericht München erhobenen Klage vertrat der Klägerbevollmächtigte weiter die Auffassung, die Beklagte sei auch verpflichtet, die Kosten für die Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft für die Ehefrau des Klägers zu übernehmen. Das Sozialgericht hat die Beklagte am 06.12.2006 verurteilt, auch die bei der Ehefrau des Klägers S. B., geboren 1973, angefallenen Kosten der künstlichen Befruchtung zu übernehmen. Unabhängig davon, ob und bei welchem Partner eine Fertilitätsstörung vorliege, begründe die Sterilität des Paares den Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, so dass sogar der gesunde Ehegatte einen Anspruch gegenüber seiner Krankenkasse erwerben könne, obwohl bei ihm keine behandlungsbedürftige Krankheit vorliege. Damit zählten sowohl die IVF als auch die Hormonbehandlung der Ehefrau zu den von der Beklagten zu erbringenden Leistungen. Der Bundesgerichtshof (BGH) habe mit Urteil vom 03.03.2004 diesen umfassenden Leistungsanspruch eines fertilitätsgestörten Ehepaares der privaten Krankenversicherung bejaht.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Berufung der Beklagten. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung habe der Gesetzgeber eine Rechtsprechung, wie sie der BGH für die private Krankenversicherung entwickelt habe, bewusst durch [§ 27a Abs.3 SGB V](#) ausgeschlossen. Danach übernehme die Krankenkasse nur die Kosten der medizinischen Maßnahme zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, die bei ihren Versicherten durchgeführt werde. Diese Regelung decke nicht nur die Fälle ab, in denen beide Ehepartner bei unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, sondern auch Fälle, in denen einer der Ehegatten privat bzw. gar nicht krankenversichert sei. Hinzukomme, dass drei Versuche zur künstlichen Befruchtung bereits durchgeführt und abgerechnet wurden, so dass eine bezifferte Leistungsklage möglich gewesen wäre. Die Beklagte habe dem Kläger die Kosten der im Oktober 2003, November 2003 und Januar 2004 jeweils durchgeführten ICSI nach Vorlage der entsprechenden Rechnungen vom 14.11.2003, 08.12.2003 und 04.02.2004 erstattet. Weitere Rechnungen seien von der Gegenseite nicht vorgelegt worden, ihr Verbleib sei angeblich unklar. Dementsprechend sei auch die Klageforderung nicht beziffert worden. Trotzdem habe das Sozialgericht zur Übernahme der angefallenen Kosten der künstlichen Befruchtung verurteilt. Der Anspruch des Klägers sei auf die Maßnahmen beschränkt, die unmittelbar seinen Körper betreffen oder extrakorporal durchgeführt wurden.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 06.12.2006
aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Auf Anfrage des Senats beziffert er die seiner Ansicht nach zu erstattenden Gesamtkosten mit 13.758,32 Euro. Er legt hierzu Rechnungen der Dres.B./B./N. in der Zeit vom 14.11.2003 bis 26.03.2004 vor, sowie weitere Arztrechnungen und insbesondere Rechnungen von Apotheken.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die wegen der Höhe des Beschwerdewertes nicht der Zulassung gemäß [§ 144 SGG](#) bedarf, ist zulässig und begründet. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts hat der Kläger keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, die unmittelbar und ausschließlich am Körper seiner Ehefrau ausgeführt wurden.

Die Voraussetzungen des als Rechtsgrundlage für die Erstattung der Kosten infrage kommenden [§ 13 Abs.3 Satz 1 SGB V](#) in der seit 01.07.2001 geltenden Fassung sind nicht gegeben. Die Norm bestimmt: Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherte für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch, er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vgl. z.B. BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr.12](#) Rdnr.11). Nach [§ 27a Abs.1 SGB V](#) umfassen die Leistungen der Krankenbehandlung auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht in der Regel nicht mehr, wenn die Maßnahme viermal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
3. die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten der Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine Einrichtung überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach [§ 121a](#) erteilt worden ist.

Gemäß [§ 27a Abs.3](#) in der im streitgegenständlichen Zeitraum geltenden Fassung des Gesetzes übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten der Maßnahmen nach Abs.1, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Damit ergibt sich bereits unmittelbar aus dem Gesetzestext, dass die Auffassung des Klägerbevollmächtigten und des Sozialgerichts, die Beklagte habe auch die Kosten zu übernehmen, die bei der Ehefrau des Klägers angefallen sind, nicht zutrifft. Das Bundessozialgericht hat hierzu im Urteil vom 17.06.2008 ([B 1 KR 24/07 R](#)) unter Hinweis auf seine frühere Rechtsprechung eindeutig entschieden, dass eine Krankenkasse gegenüber ihrem Versicherten nicht leistungspflichtig ist für Maßnahmen, die unmittelbar und ausschließlich am Körper des nicht bei ihr versicherten Ehegatten ihres Versicherten ausgeführt werden. Die Beklagte hat demnach zutreffend abgelehnt, die Hormonbehandlung der Ehefrau, die Follikelpunktion, den Embriotransfer und die bei der Ehefrau des Klägers durchgeführte Anästhesie zu erstatten. Das Urteil des Sozialgerichts war deshalb aufzuheben.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Verfahrensausgang.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben.

Rechtskraft
Aus
Login

FSB
Saved
2008-12-03