

L 16 KR 132/07

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 270/05
Datum
26.07.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 132/07
Datum
06.12.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 5/08 B
Datum
18.09.2008
Kategorie
Urteil
Bemerkung
NZB zurückgewiesen

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26. Juli 2007 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung (KE) für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, soweit diese am Körper der privat krankenversicherten Ehefrau des Klägers durchgeführt worden sind.

Der am 00.00.1962 geborene Kläger ist krankenversichertes Mitglied der Beklagten. Er leidet an einer sekundären Sterilität, als deren Folge die Ehe mit seiner am 00.00.1976 geborenen Ehefrau, bei der keine Fertilitätsstörung vorliegt, ungewollt kinderlos geblieben ist. Nachdem zwei Behandlungszyklen (In-vitro-Fertilisation -IVF- und intracytoplasmatische Spermieninjektion -ICSI-) bei Dr. U aus L, die die Eheleute als Selbstzahler privat finanziert hatten, ohne Erfolg verlaufen waren, beantragte der Kläger im Oktober die vollständige Kostenübernahme (KÜ) einer geplanten weiteren Behandlungseinheit der IVF/ICSI. Er legte ein befürwortendes Schreiben des Dipl.-Mediziners N vom 11.10.2002 vor sowie ein Schreiben der privaten Krankenversicherung der Ehefrau, der Deutschen Krankenversicherung AG, vom 20.11.2002 vor. Der Privatversicherer äußerte, eine KÜ oder Kostenbeteiligung sei ausgeschlossen, da die die Kinderlosigkeit der Ehe begründende Gesundheitsstörung nicht in der Person der privat krankenversicherten Ehefrau liege und der Versicherungsvertrag in diesem Falle keine Leistung vorsehe.

Mit Bescheid vom 10.03.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.11.2003 erteilte die Beklagte eine Kostenzusage für die Maßnahmen am Körper des Klägers sowie für die extrakorporalen Maßnahmen, lehnte aber eine KÜ für die Maßnahmen an Körper der Ehefrau ab. Zur Begründung bezog sich die Beklagte auf [§ 27a Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#), die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die künstliche Befruchtung sowie auf eine aus ihrer Sicht zutreffende Entscheidung des Bundessozialgerichts -BSG- (Urt. vom 03.04.2001, Az.: [B 1 KR 22/00 R](#), Sozialrecht -SozR- 3-2500 § 27a Nr. 2).

Der Kläger und seine Ehefrau unterzogen sich der Maßnahme der künstlichen Befruchtung, beginnend am 22.11.2003, letztlich mit negativem Ergebnis, sowie erneut ab dem 09.02.2004, ohne jedoch zuvor einen entsprechenden Antrag gestellt oder eine Genehmigung der Beklagten abgewartet zu haben.

Mit der am 22.12.2003 zum Sozialgericht (SG) Düsseldorf erhobenen Klage hat der Kläger geltend gemacht, die Beklagte müsse sämtliche Kosten der Maßnahmen nach [§ 27a SGB V](#) übernehmen, da die die Kinderlosigkeit begründende Gesundheitsstörung ausschließlich in seiner Person liege. Auch die während des Klageverfahrens ergangenen Entscheidungen des BSG vom 22.03.2005 (Az.: [B 1 KR 11/03 R](#), [SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#), und [B 1 KR 3/04 R](#), Urteilssammlung der Gesetzlichen Krankenversicherung -USK- 2005, 68) seien nicht im Sinne der Beklagten auszulegen. Zu Spezifizierung seines Antrages hat der Kläger verschiedene Rechnungen, betreffend die beiden Maßnahmen nach [§ 27a SGB V](#) in den Jahren 2003 und 2004, vorgelegt.

Der Kläger hat schriftsätzlich sinngemäß beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, unter Änderung des Bescheides vom 10.03.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.11.2003 ihm auch die Kosten für die ICF-ICSI-Behandlungseinheiten, die der privat krankenversicherten Ehefrau im Rahmen der

Ehesterilitätsbehandlung zuzurechnen seien, zu erstatten.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich zur Begründung auf den ihrer Auffassung nach rechtmäßigen angefochtenen Bescheid bezogen und sich durch die Rechtsprechung des BSG bestätigt gesehen. Mit Bescheid vom 07.09.2004 hat sie eine KE für die in 2003 und 2004 stattgefundenen Behandlungseinheiten in Höhe von 2.793,24 EUR, betreffend die Maßnahmen am Körper des Klägers sowie die extrakorporalen Maßnahmen, vorgenommen, davon - nach ihren Angaben -1.836 EUR entfallend auf den Behandlungsversuch in 2004.

Das SG hat die Klage mit Urteil ohne mündliche Verhandlung - damit hatten sich die Beteiligten einverstanden erklärt - abgewiesen. Zur Begründung hat das SG darauf abgestellt, bereits der Wortlaut des [§ 27a Abs. 3 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung (a. F.) spreche gegen die Übernahme der Kosten am Körper der privat krankenversicherten Ehefrau. Dies sehe auch das BSG in seinen beiden Entscheidungen aus dem Jahre 2005 so. Ein Spielraum für die Auslegung der Norm sei nicht ersichtlich. Insbesondere gehörten Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht zu dem allgemeinen Krankenbehandlungsanspruch des gesetzlich Versicherten. Deshalb sei die Kodifizierung einer zusätzlich geschaffenen Leistungspflicht für die Gesetzlichen Krankenkassen nicht über den Wortlaut hinaus auslegbar.

Gegen das ihrer Prozessbevollmächtigten am 10.08.2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10.09.2007 Berufung eingelegt. Zur weiteren Begründung trägt er vor, § 27a Abs. 1 a. F. stelle pauschal auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ab, ohne zwischen den einzelnen Maßnahmen (am Körper des Mannes, der Frau oder extrakorporaler Art) zu differenzieren. Es lasse sich der Norm insbesondere keine Begrenzung auf Maßnahmen zur Linderung der Fertilitätsstörung bei dem Versicherten entnehmen. Seien Ehemann und Ehefrau bei verschiedenen Krankenkassen versichert, so treffe [§ 27a SGB V](#) eine Verteilungsregelung bzgl. der anfallenden Kosten. Es widerspreche jedoch [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG), wenn die Eheleute, bei denen nur einer gesetzlich und der andere privat krankenversichert sei, anders behandelt werden, als dies bei Eheleuten der Fall sei, bei denen beide Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen seien. Nur im letztgenannten Fall komme es zu einer vollständigen KÜ.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des SG Düsseldorf vom 26.07.2007 zu ändern und die Beklagte unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 10.03.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.11.2003 und des Bescheides vom 07.09.2004 zur Zahlung von weiteren 4.780,71 EUR zu verpflichten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet das erstinstanzliche Urteil als zutreffend. Bezüglich der Maßnahme in 2004 seien zu Unrecht Leistungen in Höhe von 1.836 EUR für die durch Maßnahmen am Körper des Klägers und solche extrakorporaler Art entstandenen Kosten übernommen worden. Es habe insoweit bereits an den formellen Voraussetzungen wie Antragstellung und vorherige Genehmigung gefehlt.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sach- und Rechtslage und des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt der Prozess- sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere fristgerecht eingelegte und statthafte Berufung ist nicht begründet. Das SG hat zu Recht mit dem überzeugend begründeten Urteil vom 26.07.2007 die Klage abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 10.03.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.11.2003 und des Bescheides vom 07.09.2004 ist rechtmäßig. Dem Kläger steht der geltend gemachte Anspruch auf Kostenerstattung (KE) für die am Körper seiner privat krankenversicherten Ehefrau durchgeführten Maßnahmen in 2003 und 2004 in Höhe von 4.780,71 EUR nicht zu. Die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs sind nicht erfüllt.

Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war ([§ 13 Abs. 3 S. 1 2. Fall SGB V](#)). Der in Betracht kommende KE-Anspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z. B. [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#) m. w. N.; [SozR 4-2500 § 27 Nr. 1](#); [SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#)).

Bezüglich der im Jahre 2004 durchgeführten Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bestand kein Anspruch auf KE, nicht einmal in Höhe der von der Beklagten - zu Unrecht - gezahlten 1.836 EUR für die am Körper des Klägers durchgeführten sowie für die extrakorporalen Behandlungsabschnitte. Ob die Beklagte die zu Unrecht erbrachte Leistung zurückfordern kann und ob diese in der behaupteten Höhe erbracht worden ist, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen nach [§ 27a SGB V](#) in der ab dem 01.01.2004 geltenden Fassung (n. F.) des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003 (Bundesgesetzblatt -BGBl- I S. 2190) 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 Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist, 3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind, 4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und 5. sich die Ehegatten vor

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 der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist. Nach Abs. 3 der Norm besteht Anspruch auf Sachleistungen nach Absatz 1 nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die Krankenkasse übernimmt 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

Bezüglich der im Februar 2004 begonnen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung steht einem Anspruch auf KE bezüglich sämtlicher angefallener Kosten bereits entgegen, dass der Kläger die Maßnahme nicht einmal beantragt, geschweige denn einen Behandlungsplan zur Genehmigung vorgelegt hat (vgl. insoweit BSG, USK 2005, 68). Der Senat hat insoweit offen lassen können, es sich um den dritten oder bereits um den eine KÜ gemäß [§ 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) n. F. ausschließenden vierten Behandlungsversuch gehandelt hat, wie man dies aus der vorgelegten Bescheinigung des Dipl.-Mediziners N vom 11.10.2002 schließen könnte.

Aber auch bezüglich der in 2003 begonnenen Maßnahme zur künstlichen Befruchtung vermag der Kläger die Kosten, die durch Maßnahmen am Körper seiner Frau bedingt sind, nicht mit Erfolg geltend zu machen. Auch insoweit hat die Beklagte die KÜ nicht zu Unrecht im Sinne von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) abgelehnt.

Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen gemäß [§ 27a Abs. 1 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung (a. F.) 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 Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht in der Regel nicht mehr, wenn die Maßnahme viermal ohne Erfolg durchgeführt worden ist, 3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind, 4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und 5. sich die Ehegatten vor 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 der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist. Die Krankenkasse übernimmt nach Abs. 3 der Norm nur die Kosten der Maßnahmen nach Absatz 1, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

Die Voraussetzungen des [§ 27a Abs. 1 Nrn. 1 bis 5 SGB V](#) a. F. liegen zur Überzeugung aller Beteiligten, aber auch des Senates, unstreitig vor. Daraus ergibt sich jedoch im Gegensatz zur Rechtsauffassung des Klägers kein Anspruch auf volle KE; denn zur Tragung der Kosten für Maßnahmen am Körper der privat krankenversicherten Ehefrau ist die Beklagte nicht verpflichtet. Zur Begründung nimmt der Senat auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils Bezug, denen er sich nach eigener Prüfung der Sach- und Rechtslage vollinhaltlich anschließt, [§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#). Ergänzend weist der Senat auf Folgendes hin: Nach [§ 27a Abs. 3 SGB V](#) a. F. gehören zur Leistungspflicht einer (gesetzlichen) Krankenkasse nur diejenigen Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Der Senat sieht darin - im Gegensatz zum Kläger - nicht nur eine Regelung zur Verteilung der Anspruchslast bzw. eine Teilregelung (so wohl aber auch Schmidt in Peters, Krankenversicherung (SGB V), 19. Aufl., Stand: Juni 2006, § 27a RdNr. 186) für die Fälle, in denen beide Ehepartner bei unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen bzw. privat und gesetzlich versichert sind: Habe der Ehepartner keinen Anspruch, weil er nicht versichert sei, oder nur einen Teilanspruch, weil die private Krankenversicherung nicht sämtliche Kosten trage, so habe die gesetzliche Krankenkasse gemäß [§ 27a Abs. 1 SGB V](#) a. F. die Kosten aller Maßnahmen zu tragen (Schmidt, a. a. O., RdNr. 188). Vielmehr lässt sich zur Überzeugung des Senates eine solch extensive Auslegung, dass die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse alle - auch die am Körper des Ehepartners vorzunehmenden - Maßnahmen der künstlichen Befruchtung umfasse, bereits nicht mit dem Wortlaut der Norm, insbesondere nicht mit Abs. 3, vereinbaren (so BSG [SozR 3-2500 § 27a Nr. 2](#); BSG [SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#), siehe auch Brandts, Die Künstliche Befruchtung nach [§ 27a SGB V](#) und ihre Schnittstelle zur privaten Krankenversicherung, in: 20 Jahre Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht, Hrsg: Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht im Deutschen Anwaltsverein, 2006, S. 157; Höfler in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Loseblattsammlung, Stand: Juni 2007, [§ 27a SGB V](#) RdNrn. 27 f.). Dass die am Körper des Ehegatten vorzunehmenden Maßnahmen ausgeschlossen sind, ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung (Bundesrats-Drucksache -BR-Drs- 65/90 S. 37). Die Ungleichbehandlung von Personen, die privat versichert sind, gegenüber den gesetzlich Versicherten ist Folge der Entscheidung des Gesetzgebers für zwei Systeme der Krankenversicherung. Die Rechtslage in der privaten Krankenversicherung oder im Beihilferecht unterscheidet sich wesentlich von derjenigen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es gibt dort für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung keine gesonderte Regelung; sie können deshalb nur beansprucht werden, soweit sie sich als medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten bzw. beihilfeberechtigten Person wegen Krankheit darstellen (vgl. § 1 der Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und dazu Bundesgerichtshof -BGH- Neue Juristische Wochenschrift -NJW- 1998, 824; zum Heilfürsorgeanspruch im öffentlichen Dienst: Verwaltungsgerichtshof -VGH- Baden-Württemberg, Urt. vom 27.10.1993, Az.: [11 S 498/93](#), [www.juris.de](#)). Die Entscheidung des Gesetzgebers für zwei verschiedene Sicherungssysteme steht unter Geltung des Sozialstaatsprinzips in dessen Ermessen (vgl. bereits BSG Urt. vom 26.09.1974 [SozR 2200 § 1267 Nr. 3](#); BSG Beschl. vom 02.11.2006, Az.: [B 1 KR 111/06 B](#), [www.juris.de](#)). Die unterschiedliche Behandlung in gesetzlicher und privater Krankenversicherung verstößt nicht gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Der Gesetzgeber ist trotz seiner Bindung an [Art. 3 Abs. 1 GG](#) weitgehend frei, Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung festzulegen, soweit er nicht gleichheitswidrig bestimmte Gruppen ausschließt (vgl. u. a. BVerfG [SozR Nr. 54](#) zu [Art. 3 GG](#); BSG Beschl. vom 02.11.2006, Az.: [B 1 KR 111/06 B](#), [www.juris.de](#)). Für solche Überlegungen aber besteht keinerlei Anlass, zumal auch die Gewährung von Leistungen zur künstlichen Befruchtung nicht zum Kernbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

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

Anlass für eine Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) hat nicht bestanden.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-10-07