

L 1 KR 114/05

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Chemnitz (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KR 114/02
Datum
05.10.2005
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 114/05
Datum
22.03.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zum Anspruch des gesetzlich krankenversicherten Ehemannes einer beihilfeberechtigten, privat krankenversicherten Beamtin auf Kostenerstattung von Behandlungsmaßnahmen im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation die der Ehefrau unmittelbar zugeordnet werden.

Anschluss an BSG, Urteil vom 22.05.2005 - [B 1 KR 11/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#)

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 05. Oktober 2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die vollständige Kostenerstattung für durchgeführte Maßnahmen zur Erreichung einer Schwangerschaft mittels In-vitro-Fertilisationsbehandlung (IVF-Behandlung) in Verbindung mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI). Der am ...1968 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Seine am ...1968 geborene Ehefrau ist Beamtin bei der B ... mit Beihilfeberechtigung zu 50 % und im Übrigen bei der D ... privat krankenversichert. Der Kinderwunsch des Ehepaares konnte wegen einer Oligoasthenozoospermie (OAT-Syndrom) bei dem Kläger nicht verwirklicht werden. Mit Schreiben vom 16.01.2002 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine IVF-Behandlung im Zusammenhang mit der Durchführung der ICSI. Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 17.01.2002 mit, dass sie die beantragten Leistungen zur Vorbereitung der künstlichen Befruchtung im Rahmen der IVF mit eingeschlossener ICSI übernehme. Die Leistungen für die Ehefrau seien bei der Krankenkasse oder Beihilfestelle der Frau des Klägers einzureichen. Die damalige B ... und die D ... lehnten eine Kostenübernahme mit Schreiben vom 25.01.2002 bzw. 28.01.2002 ab, da die Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch in der Erkrankung des Klägers liege. Mit Bescheid vom 04.02.2002 erteilte die Beklagte eine Kostenzusage für den Kläger im Rahmen der künstlichen Befruchtung. Maßnahmen, die direkt seiner Ehefrau zuzuordnen seien, könnte die Beklagte nicht übernehmen. Dazu gehöre auch die notwendige Medikamentengabe. Die Kostenzusage beschränke sich damit auf die Leistungen für den Kläger und die Leistungen, die extrakorporal erbracht würden. Hiergegen erhob der Kläger am 08.02.2002 Widerspruch, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 24.04.2002 zurückwies. Die Indikation zur ICSI liege bei dem Kläger vor. Seine Frau sei privat versichert. Da die Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch nicht bei seiner Ehefrau liege, hätten die D ... und die Beihilfestelle die Kostenübernahme abgelehnt. Diese Ablehnung führe jedoch nicht dazu, dass die gesetzliche Krankenversicherung alle Kosten der Behandlung zu tragen habe. Das sei eindeutig in den Begründungen der Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) vom 03.04.2001 festgestellt worden. Hiergegen hat der Kläger am 07.05.2002 vor dem Sozialgericht Chemnitz (SG) Klage erhoben und die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes beantragt. Mit Beschluss vom 30.07.2002 hat das SG den Antrag auf Übernahme der Kosten für die Behandlung der Ehefrau des Klägers im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes abgelehnt (S 1 KR 113/02 ER). Im Februar/März 2002, August/September 2002 und Oktober/November 2003 unternahmen der Kläger und seine Ehefrau jeweils einen Befruchtungsversuch nach IVF in Verbindung mit ICSI. Die Beklagte erstattete für den 1. Versuch Kosten in Höhe von 2.722,30 EUR, für den 2. Versuch in Höhe von 2.886,81 EUR und für den 3. Versuch in Höhe von 3.845,42 EUR, während der Kläger und seine Ehefrau weitere 6.778,47 EUR selbst trugen. Mit Urteil vom 05.10.2005 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch darauf, dass ihm die Beklagte die Kosten für die drei durchgeführten Befruchtungsversuche nach IVF in Verbindung mit ICSI erstatte. Zur Begründung hat es auf die Ausführungen der Beklagten im Verwaltungsverfahren und im Widerspruchsbescheid verwiesen. Allerdings sei einzuräumen, dass die Ausführungen zur Rechtslage im Leitsatz des Urteils des BSG vom 03.04.2001 ([B 1 KR 20/00 R](#)) und in den Pressemitteilungen zum Urteil missverständlich seien. Entscheidend sei aber, ob das BSG in der Entscheidung tatsächlich eine Aussage dahingehend habe treffen wollen, dass die beklagten Krankenkassen im Rahmen des [§ 27a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet werden sollten, auch die Nebenleistungen bei den nicht oder privat versicherten Ehegatten zu übernehmen. Diese Aussage habe jedoch das BSG explizit nicht getroffen. Es habe vielmehr die von der Krankenkasse des Versicherten zu übernehmenden Kosten dahingehend ausgedehnt, dass nicht nur die unmittelbar am Körper des

Versicherten vorgenommenen Leistungen bezahlt würden, sondern die Krankenkasse verpflichtet sei, die Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung zu tragen, die keinem der beiden Ehegatten zugeordnet werden könnten. Eine weitergehende Überbürdung von Kosten auf die Krankenkasse des versicherten Mitglieds sei vom BSG jedoch nicht gewollt gewesen. Der Kläger hat am 03.11.2005 Berufung erhoben. [§ 27a Abs. 3 SGB V](#) in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung bestimme entgegen der Ansicht des SG nicht, dass die Kosten der Hormonbehandlung und der IVF, die (naturgemäß) nicht bei dem Kläger, sondern bei seiner Ehefrau bzw. extrakorporal durchgeführt worden seien, nicht von der Leistungspflicht der Beklagten umfasst seien. Das BSG habe in seinem Urteil vom 03.04.2001 ausgeführt, dass diese Vorschrift entgegen dem Eindruck, den ihr Wortlaut vermitteln könnte, nicht so ausgelegt werden könne, dass die Krankenkasse nur für die Untersuchungen und Eingriffe aufzukommen habe, die unmittelbar am Körper ihres Versicherten vorgenommen worden seien. Zu Recht weise das BSG darauf hin, dass bei einer solchen wörtlichen Auslegung die wesentlichen Teile von der Leistungspflicht ausgenommen würden, weil sie sich wie die IVF oder die Spermieninjektion keinem der Ehegatten zuordnen ließen. Insoweit sei auch die Haltung der Beklagten widersprüchlich, wenn sie die Kosten der ICSI übernommen habe, obwohl diese außerhalb des Körpers durchgeführt worden seien und zudem die Injektion eines Spermiums in die Eizelle auch die Ehefrau des Klägers betreffe. Der Gesetzgeber habe mit [§ 27a SGB V](#) einen eigenständigen Versicherungsfall geschaffen, der nicht an den krankhaften Zustand eines der Ehepartner anknüpfe, sondern an die Unfähigkeit des Ehepaares, auf natürlichem Wege Kinder zu zeugen. Unabhängig davon, ob und bei welchem Partner eine Fertilitätsstörung vorliege, begründe die Sterilität des Paares den Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, so dass als Konsequenz sogar der gesunde Ehegatte einen Anspruch gegen seine Krankenkasse erwerben könne, obwohl bei ihm keine behandlungsbedürftige Krankheit vorliege. Nach der gesetzlichen Regelung habe somit bei ungewollter Kinderlosigkeit grundsätzlich jeder Ehegatte gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf alle zur Herbeiführung einer Schwangerschaft notwendigen Maßnahmen. Die Krankenkasse könne ihrem Versicherten nicht entgegenhalten, die Kosten der IVF und der Spermieninjektion müssten von der Versicherung des anderen Ehegatten getragen werden. Für einen weitergehenden Leistungsanspruch im vorliegenden Fall spreche auch, dass inzwischen der Bundesgerichtshof (BGH) für den Bereich der privaten Krankenversicherung – als Behandlung einer Krankheit – einen umfassenden Leistungsanspruch des fertilitätsgestörten Ehemannes bejaht habe, der auch die (gesunde) Ehefrau betreffende Maßnahmen einschließe. Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 05. Oktober 2005 sowie den Bescheid der Beklagten vom 04. Februar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. April 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die notwendige Mitbehandlung der Ehefrau bei einer intracytoplasmatischen Spermieninjektion (IVF einschließlich ICSI) in Höhe von 6.778,47 EUR dem Kläger zu erstatten. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Sie verweist auf den Widerspruchsbescheid. Richtig sei, dass der Betrag in Höhe von 6.778,47 EUR der klagerrelevante Betrag sei und natürlich nicht die Gesamtkosten der Behandlungen umfasse. Die Beklagte stelle sich hinter die Rechtsprechung des BSG. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge, auf die Akte des SG Chemnitz – S 1 KR 113/02 ER – sowie auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der verbleibenden Kosten für die durchgeführten Behandlungen nach IVF in Verbindung mit ICSI. Der Bescheid vom 04.02.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.04.2002 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers kann, nachdem die Behandlungen bereits zwischen Februar 2002 und November 2003 durchgeführt worden sind, nur noch [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sein. Nach dieser Vorschrift kann ein Versicherter von der Krankenkasse den Ersatz der durch eine selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten verlangen, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, soweit die Leistung notwendig war. Der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch reicht dabei nicht weiter, als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, die die Krankenkassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 22.03.2005 – [B 1 KR 11/03 R](#) – [SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#), Rn. 10 m. w. N.). Der Sachleistungsanspruch des Klägers ergibt sich aus [§ 27a SGB V](#) in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung. Nach dieser Vorschrift umfassen die Leistungen der Krankenbehandlung auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich und erfolgsversprechend sind, die Personen, die die Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind und ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Gemäß [§ 27a Abs. 3 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Die Beklagte hat den Teil der Kosten, die bei dem Kläger und extrakorporal angefallen sind, übernommen. Zwischen den Parteien ist unstreitig, dass die Voraussetzungen des [§ 27a Abs. 1 SGB V](#) für die drei durchgeführten ICSI-Versuche gegeben waren. Streitig ist allein, ob sich die Verpflichtung der Beklagten zur Kostenübernahme auch auf die Maßnahmen erstreckt, die unmittelbar den Körper der Ehefrau des Klägers betreffen. Das BSG hat sich am 03.04.2001 und am 22.03.2005 umfassend mit der Kostenerstattung für ICSI-Behandlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung befasst. Nach der Rechtsprechung des BSG kann [§ 27a Abs. 3 SGB V](#) entgegen dem Eindruck, den der Wortlaut vermittelt, nicht dahin verstanden werden, dass die jeweilige Krankenkasse nur für Untersuchungen oder Eingriffe aufzukommen habe, die unmittelbar am Körper ihres Versicherten vorgenommen werden. Nicht die Krankheit, sondern die Unfähigkeit des Paares, auf natürlichem Wege Kinder zu zeugen, und die daraus resultierende Notwendigkeit einer künstlichen Befruchtung bilden den Versicherungsfall. Der Gesetzgeber wollte nicht die am gesunden Partner notwendig vorzunehmenden medizinischen Maßnahmen von der Leistungspflicht der Krankenversicherung ausnehmen. Vielmehr hat bei ungewollter Kinderlosigkeit grundsätzlich jeder Ehegatte gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf alle zur Herbeiführung einer Schwangerschaft notwendigen Maßnahmen. [§ 27a Abs. 3 SGB V](#) nimmt nur die bei dem anderen Ehegatten vorzunehmenden "Nebenleistungen" hiervon aus. Der gesetzlich versicherte Ehemann kann somit im Grundsatz alle zur extrakorporalen Befruchtung notwendigen medizinischen Leistungen mit Ausnahme der bei seiner Ehefrau vorzunehmenden Maßnahmen von seiner Krankenkasse verlangen (BSG, Urteil vom 03.04.2001 – [B 1 KR 22/00 R](#) – [SozR 3-2500 § 27a Nr. 2](#)). Das BSG hat am 22.05.2005 nochmals klargestellt, dass der Anspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse gemäß [§ 27a SGB V](#) zunächst alle Maßnahmen umfasst, die bei ihm, d. h. unmittelbar an bzw. in seinem Körper erforderlich sind. Es hat ausgeführt: "Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung lassen sich im Wesentlichen in drei Behandlungsbereiche einteilen; nämlich (1.) in Maßnahmen unmittelbar am Körper der Ehefrau, (2.) Maßnahmen unmittelbar am Körper des Ehemannes und (3.) extrakorporale Maßnahmen. Zu den Maßnahmen unmittelbar am Körper der Ehefrau gehören die Hormonbehandlung der Frau mit dem Ziel der Heranreife mehrerer Eizellen, die operative Eizellgewinnung mittels Follikelpunktion und der Embryotransfer nach Beendigung der Befruchtung. Die Behandlung der Frau beginnt dabei regelmäßig mit den konkret auf das Behandlungsziel gerichteten ärztlichen Maßnahmen, d. h. spätestens mit der ärztlichen Verordnung der für die Hormonbehandlung zur Eizellgewinnung erforderlichen Arzneimittel (...). Zu den Maßnahmen unmittelbar am Körper des Ehemannes gehört die operative Samen-gewinnung mittels Hodenbiopsie (TESE). Leistungen außerhalb des Körpers bei der Ehegatten (extrakorporale

Maßnahmen) sind diejenigen, die man als ‚Zwischenbereich‘ bezeichnen könnte. Dazu gehören die Entfernung des Eizellkumulus von den gewonnenen Eizellen, die Aufbereitung des gewonnenen Spermias, die Injektion des Spermias in die Eizelle (ICSI) und die Kultur zur Aufbewahrung der befruchteten Eizelle bis zur Teilung in einen Mehrzeller (In-vitro-Kultur oder IVF). 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 (...). Der Versicherte hat unabhängig da-von, bei welchem Ehegatten die Unfruchtbarkeit vorliegt, gegen seine Krankenkasse darüber hinaus einen Anspruch auf extrakorporale Behandlungsmaßnahmen. Das sind Maßnahmen, die nicht unmittelbar bei dem Versicherten selbst oder bei seinem Ehegatten, d. h. unmittelbar an bzw. in dessen Körper durchzuführen sind. Die Krankenkasse darf ihrem Versicherten nicht entgegenhalten, die Kosten dieser extrakorporalen Maßnahmen seien von der Versicherung des anderen Ehegatten zu tragen. (...) Eine Krankenkasse ist gegenüber ihrem Versicherten hingegen nicht leistungspflichtig für Maßnahmen, die unmittelbar und ausschließlich am Körper des (nicht bei ihr versicherten) Ehegatten ihres Versicherten ausgeführt werden. Es ist dann ggf. Sache des Ehegatten, bei seiner eigenen Krankenkasse bzw. privaten Versicherung oder Beihilfestelle die unmittelbar und ausschließlich seinen Körper betreffende Behandlung zur künstlichen Befruchtung geltend zu machen." (BSG, Urteil vom 22.05.2005 – [B 1 KR 11/03 R](#) – [SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#), Rn. 17 – 20; Hervorhebung durch erkennenden Senat). Das BSG hat mit dieser Entscheidung bewusst in Kauf genommen, dass in Anbetracht der Rechtsprechung des BGH (vgl. Urteil vom 03.03.2004 – [IV ZR 25/03](#) – [BGHZ 158, 166](#)) in einer Konstellation wie der vorliegenden, in der der zeugungsunfähige Mann gesetzlich und die zeugungsfähige Ehefrau privat versichert ist, die Kosten für die Maßnahmen, die unmittelbar und ausschließlich am Körper der Ehefrau ausgeführt werden, von dem Ehepaar selbst getragen werden müssen, da in der zivilrechtlichen Rechtsprechung eine Kostenerstattung für diese Maßnahmen in dieser Konstellation abgelehnt wird. Der Senat schließt sich dieser Rechtsprechung des BSG an. Etwas anderes lässt sich auch aus den von dem Kläger zitierten Urteilen des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen vom 08.03.2003 ([L 16 KR 253/02](#) – [VersR 2004, 260](#)) und vom 23.10.2003 ([L 5 KR 50/03](#) – Juris) herleiten, die einerseits vor den Entscheidungen des BSG vom 22.03.2005 ergangen sind, andererseits aber die Fälle gesetzlich versicherter Frauen und ihrer privat versicherten Ehemänner betrafen. Das bedeutet, dass der Kostenerstattungsanspruch des Klägers für die durchgeführten ICSI-Behandlungen auf die Maßnahmen beschränkt ist, die unmittelbar seinen Körper betrafen oder die extrakorporal durchgeführt wurden. Ein darüber hinausgehender Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Maßnahmen, die unmittelbar den Körper seiner Ehefrau betrafen, lässt sich aus [§ 27a SGB V](#) hingegen nicht ableiten. Aufgrund der übereinstimmenden Angaben der Beteiligten in der mündlichen Verhandlung am 22.03.2006 ist der Senat davon überzeugt, dass der noch streitige Betrag von 6.778,47 EUR allein Behandlungsmaßnahmen betrifft, die unmittelbar am Körper der Ehefrau des Klägers ausgeführt wurden. Daher hat die Beklagte zu Recht die begehrte Kostenübernahme abgelehnt. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1](#) und 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2006-07-12