

## B 1 KR 24/07 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Magdeburg (SAN)  
Aktenzeichen  
S 16 KR 255/03  
Datum  
06.11.2003  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 4 KR 53/03  
Datum  
23.05.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 24/07 R  
Datum  
17.06.2008  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Haben Ehegatten, die unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen angehören, sich überschneidende Ansprüche auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft gegen ihre gesetzliche und private Krankenversicherung, steht ihnen ein Wahlrecht zwischen den Ansprüchen zu.

2. Im Falle eines Wahlrechts privat und gesetzlich versicherter Ehegatten lässt nur die vollständige, nicht aber die lediglich bedingte Erfüllung des Anspruchs gegen die private Krankenversicherung auch den gleichgerichteten, sich inhaltlich überschneidenden Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung erlöschen.

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 23. Mai 2007 aufgehoben. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 6. November 2003 wird zurückgewiesen. Der Tenor des sozialgerichtlichen Urteils wird klarstellend wie folgt gefasst: Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 30. Mai 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. April 2003 verurteilt, der Klägerin 1.550,92 Euro zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten der Klägerin in allen Rechtszügen sowie die Kosten der Beigeladenen im Revisionsverfahren.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) in Höhe von 1.550,92 Euro.

2

Die 1964 geborene Klägerin ist bei der beklagten Ersatzkasse gesetzlich krankenversichert. Ihr 1956 geborener Ehegatte ist bei der beigeladenen Allianz Private Krankenversicherungs-AG privat krankenversichert. Er leidet an einer hochgradigen Fruchtbarkeitsstörung (Subfertilität im Sinne eines Oligoasthenoteratozoospermie-Syndroms III. Grades). Zur Herbeiführung einer Schwangerschaft waren deshalb nach ärztlicher Feststellung eine ICSI in Kombination mit einer In-vitro-Fertilisation (IVF) erforderlich. Hierbei werden nach Hormonbehandlung durch Follikelpunktion gewonnene Eizellen durch Einführung eines Spermiums mit Hilfe einer mikroskopischen Nadel befruchtet und der so erzeugte Embryo in den Körper der Frau übertragen (Embryotransfer). Nach ärztlicher Feststellung bestand eine hinreichende Aussicht, dass durch diese Maßnahmen eine Schwangerschaft ausschließlich durch Ei- und Samenzellen der Ehegatten herbeigeführt würde. Die Klägerin und ihr Ehegatte ließen sich von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführte, hierüber unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte unterrichten. Der Arzt überwies sie an nach [§ 121a SGB V](#) zugelassene Leistungserbringer. Bei der Klägerin kam es zum Eintritt einer Schwangerschaft mit Spontangeburt einer Tochter im Jahr 2000 aufgrund eines ICSI-Versuchs sowie zu einer zweiten Schwangerschaft aufgrund eines ICSI-Versuchs Anfang März 2002 mit Fehlgeburt im dritten Schwangerschaftsmonat.

3

Den Antrag der Klägerin vom 13. und 27.5.2002, die Kosten eines weiteren ICSI-Versuchs zu übernehmen, lehnte die Beklagte ab, da die private Versicherung ihres Ehegatten die Kosten zu übernehmen habe (Bescheid vom 30.5.2002). Die Klägerin und ihr Ehegatte ließen

daraufhin privatärztlich von Prof. Dr. K. einen weiteren ICSI-Versuch durchführen. Sie zahlten hierfür auf die Rechnung vom 28.10.2002 im November 2002 unter Ausschluss von Maßnahmen unmittelbar am Körper des Ehemannes 1.550,92 Euro. Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin zurück (Widerspruchsbescheid vom 9.4.2003). Während des Klageverfahrens beim Sozialgericht (SG) hat die Beigeladene (Private Krankenversicherungs-AG) mit der Klägerin und ihrem Ehegatten im Juli 2003 vereinbart, zur Abgeltung sämtlicher Ansprüche aus dem privaten Krankenversicherungsvertrag hinsichtlich der künstlichen Befruchtung bei medizinischer Notwendigkeit neben maximal drei Zyklen ICSI (Behandlungsanteile des Mannes) "im Wege der Kulanz" auch maximal drei Zyklen Behandlungsanteile der Klägerin für die Vergangenheit und Zukunft unter folgendem "Vorbehalt" zu übernehmen. Die Voraussetzungen des [§ 27a SGB V](#) müssten von der Klägerin eingehalten werden. Sie müsse ihre Krankenkasse (= die Beklagte) auf Übernahme der IVF verklagen. Die Beigeladene behalte sich vor, den Betrag für die IVF-Leistungen zurückzufordern, sollte sich herausstellen, dass die gesetzliche Krankenkasse der Klägerin zur Leistung verpflichtet sei. Die Beigeladene hat unter diesen Prämissen der Klägerin 1.478,72 Euro gezahlt. Das SG hat die Beklagte unter Einbeziehung der Kosten weiterer Maßnahmen der künstlichen Befruchtung und Klageabweisung im Übrigen verurteilt, der Klägerin 2.713,66 Euro zu zahlen (Urteil vom 6.11.2003). Im Berufungsverfahren hat die Klägerin im Rahmen eines Teilvergleichs und einer Teilklagerücknahme ihre Klageforderung auf 1.550,92 Euro für die extrakorporalen Maßnahmen und Leistungen an ihrem Körper begrenzt. Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung der Beklagten das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ua ausgeführt, zwar habe die Beklagte eine Kostenübernahme rechtswidrig abgelehnt. Wegen der Leistung der Beigeladenen seien der Klägerin aber keine Kosten entstanden (Urteil vom 23.5.2007).

4

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#). Sie trägt vor, die Behandlungskosten seien ihr entstanden. Die Beklagte könne sich nicht auf die Leistungspflicht der Beigeladenen berufen, um sich ihrer eigenen Verpflichtung zu entziehen.

5

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 23. Mai 2007 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 6. November 2003 mit der Maßgabe zurückzuweisen, dass dessen Tenor wie folgt klargestellt wird: Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 30. Mai 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. April 2003 verurteilt, der Klägerin 1.550,92 Euro zu zahlen.

6

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

8

Die Beigeladene schließt sich den Anträgen der Klägerin an.

9

Sie trägt vor, es sei treuwidrig, wenn bei einer Mehrheit von Schuldnern der eine Schuldner solange seine eigene Leistungsverpflichtung negiere, bis der andere Schuldner aufgrund eigener Leistungsverpflichtung leiste.

10

Die zulässige Revision der Klägerin ist begründet. Das LSG-Urteil ist aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das SG-Urteil ist zurückzuweisen, denn die Klägerin hat gegen die Beklagte Anspruch auf Zahlung von 1.550,92 Euro. Der Tenor des SG-Urteils ist insoweit klarzustellen, da sich im Berufungsverfahren die Klageforderung auf diesen Betrag reduziert hat. Die Voraussetzungen der Anspruchsgrundlage [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) (dazu 1.) sind erfüllt. Die Beklagte hat es zu Unrecht abgelehnt, die Kosten der ICSI vorab zu übernehmen und unmittelbar mit dem Leistungserbringer abzurechnen (dazu 2.). Die Klägerin hat sich deshalb die notwendige Behandlung selbst beschafft. Dadurch sind ihr die geltend gemachten Kosten entstanden (dazu 3.). Die Beklagte kann die Klägerin nicht auf die Leistungen der Beigeladenen (Private Krankenversicherungs-AG; im Folgenden: PKV) verweisen (dazu 4.).

11

1. Rechtsgrundlage für die Erstattung der Kosten ist [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) (hier anzuwenden in der seit 1.7.2001 geltenden Fassung des [Art 5 Nr 7 Buchst b SGB IX](#) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001, [BGBl I 1046](#)). Die Norm bestimmt: Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte 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 selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (stRspr, vgl zB [BSGE 79, 125](#), 126 f = [SozR 3-2500 § 13 Nr 11](#) S 51 f mwN; BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#) RdNr 11 mwN - LITT; zuletzt zB BSG, Urteil vom 28.2.2008 - [B 1 KR 16/07 R](#) - RdNr 13, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).

12

2. Die Klägerin hatte zwar keinen Naturalleistungsanspruch auf die ICSI, als die Beklagte den Antrag ablehnte. Sie hatte aber einen Anspruch gegen die Beklagte darauf, die Kosten der ICSI vorab zu übernehmen und unmittelbar mit dem Leistungserbringer abzurechnen. Zu Unrecht hat es die Beklagte abgelehnt, der Klägerin die ICSI zur Herbeiführung einer Schwangerschaft in diesem Sinne zu gewähren.

13

a) Als die Klägerin im Mai 2002 die Übernahme einer weiteren ICSI-Behandlung bei der Beklagten beantragte, konnte die Beklagte diese Behandlung noch nicht als Naturalleistung zur Verfügung stellen. Das beruhte darauf, dass nach [§ 27a Abs 4 SGB V](#) der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (ab 1.1.2004: Gemeinsamer Bundesausschuss; im Folgenden Bundesausschuss) Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach [§ 27a Abs 1 SGB V](#) in Richtlinien zu bestimmen hat. Diese Richtlinien hat der Bundesausschuss erstmals am 14.8.1990 erlassen (BArbI Nr 12 vom 30.11.1990) und seither mehrfach geändert. Nr 10.5 der Richtlinie des Bundesausschusses über "ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung" in ihrer ab 1.1.1998 geltenden Fassung vom 1.10.1997 (BAnz Nr 243 vom 31.12.1997, 15232) schloss die ICSI aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus. Dieser Ausschluss verstieß gegen höherrangiges Recht (vgl [BSGE 88, 62](#), 67 f = [SozR 3-2500 § 27a Nr 3](#) S 27 f; BSG [SozR 4-2500 § 27a Nr 1](#) RdNr 7; BSG, Urteil vom 21.2.2006 - [B 1 KR 29/04 R](#) - RdNr 11). Versicherte konnten daher von ihrer Krankenkasse bis zur Neuregelung der Richtlinie und der Schaffung der leistungserbringungsrechtlichen Voraussetzungen für die Durchführung der ICSI als Naturalleistung verlangen, dass sie die Kosten vorab übernimmt und unmittelbar mit dem Leistungserbringer abrechnet. Dies setzte voraus, dass im Zeitpunkt des Behandlungsbeginns - oder hier: zu dem die Leistung vorab zu bewilligen gewesen wäre - feststand, dass die Leistung unabhängig von der zu treffenden Entscheidung des Bundesausschusses in jedem Fall von der Krankenkasse zu gewähren war.

14

Die Voraussetzungen dafür, ICSI als Naturalleistung zu erbringen, waren erst am 1.7.2002 erfüllt. Zu diesem Zeitpunkt trat nicht nur die neue Richtlinie des Bundesausschusses zu ICSI in Kraft (vgl Richtlinie über künstliche Befruchtung idF vom 26.2.2002, BAnz Nr 92 vom 22.5.2002, 10941). Vielmehr wurde auch die Leistungslegende des einheitlichen Bewertungsmaßstabs durch den Bewertungsausschuss gemäß [§ 87 Abs 3 SGB V](#) geändert (vgl Beschlüsse des Bewertungsausschusses, 74. und 75. Sitzung, Deutsches Ärzteblatt 2002, A-1860).

15

b) Als die Beklagte die ICSI-Leistung ablehnte, stand fest, dass sie die Leistung ihrer Art nach unabhängig von der zu treffenden Entscheidung des Bundesausschusses in jedem Fall hätte erbringen müssen. Auch die ab 1.7.2001 geltenden Sachleistungsvoraussetzungen wären erfüllt gewesen. Nach [§ 27a Abs 1 SGB V](#) (eingefügt durch Art 2 Nr 2 KOV-AnpG 1990 vom 26.6.1990, [BGBl I 1211](#); inzwischen geändert durch Art 1 Nr 14 Gesetz vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#)) umfassen die Leistungen der Krankenbehandlung auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn diese Maßnahmen 1. nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind, 2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird, 3. die Personen, die die Maßnahmen beanspruchen 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 SGB V](#) erteilt worden ist. Diese Voraussetzungen waren bei der Klägerin und ihrem Ehegatten nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) erfüllt. Aufgrund der Fertilitätsstörung des Ehegatten der Klägerin war die ICSI-Behandlung indiziert und zur Erfüllung des Kinderwunsches notwendig.

16

c) Die Beklagte hätte der Klägerin ICSI auch in dem geltend gemachten Umfang gewähren müssen, nämlich Maßnahmen unmittelbar am Körper der Klägerin sowie die extrakorporalen Maßnahmen. Der Anspruch eines Versicherten gegen seine Krankenkasse gemäß [§ 27a SGB V](#) umfasst zunächst alle Maßnahmen, die "bei ihm", dh unmittelbar an oder in seinem Körper erforderlich sind (vgl [BSGE 88, 51](#), 54 = [SozR 3-2500 § 27a Nr 2](#) S 13; BSG [SozR 4-2500 § 27a Nr 1](#) RdNr 11). Hierzu gehörten bei der Klägerin die Hormonbehandlung, die Entnahme von Eizellen (Follikelpunktion) und das Verbringen der befruchteten Eizellen in ihren Körper (Embryotransfer).

17

Der Versicherte hat unabhängig davon, 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, dh 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 (vgl [BSGE 88, 51](#), 57 = [SozR 3-2500 § 27a Nr 2](#) S 16; BSG [SozR 3-2500 § 27a Nr 3](#) S 26; BSG [SozR 4-2500 § 27a Nr 1](#) RdNr 12 mwN). In diesen "Zwischenbereich" fallen insbesondere die IVF sowie die ICSI.

18

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 (vgl [BSGE 88, 51](#), 54 f = [SozR 3-2500 § 27a Nr 2](#) S 14; BSG [SozR 3-2500 § 27a Nr 3](#) S 26; BSG [SozR 4-2500 § 27a Nr 1](#) RdNr 13). Es ist dann ggf Sache des Ehegatten, bei seiner eigenen Krankenkasse, privaten Versicherung oder Beihilfestelle die unmittelbar und ausschließlich seinen Körper betreffende Behandlung zur künstlichen Befruchtung geltend zu machen.

19

3. Wesentlich dadurch bedingt, dass die Beklagte die begehrte ICSI abgelehnt hatte, hat sich die Klägerin mit ihrem Ehegatten die Leistung selbst privatärztlich beschafft (dazu a). Dadurch sind ihr 1.550,92 Euro Kosten entstanden (dazu b).

20

a) Für die notwendige Kausalität zwischen der Leistungsablehnung und der Selbstbeschaffung der ICSI ab August 2002 ist es ohne Belang, dass die Beklagte - wie dargelegt - ab Juli 2002 ICSI als Naturalleistung hätte gewähren können. Denn die Beklagte hatte sich nicht auf ihr Unvermögen zur Leistungsgewährung in natura berufen, sondern auf die angeblich vorrangige Leistungspflicht der beigeladenen PKV gegenüber dem Ehegatten der Klägerin. Weder hatte die Klägerin Grund, am Fortbestehen der Leistungsablehnung der Beklagten zu zweifeln, noch nahm die Beklagte die Rechtsänderung zum 1.7.2002 zum Anlass, ihre Ablehnungsentscheidung zu überprüfen.

21

b) Der Klägerin sind durch die rechtswidrige Verweigerung der ICSI-Behandlung die geltend gemachten Kosten - 1.550,92 Euro - in vollem Umfang entstanden. Diese Kosten beziehen sich - entsprechend der dargelegten Leistungsverpflichtung der Beklagten - auf unmittelbar bei der Klägerin durchgeführte sowie auf extrakorporale Behandlungsmaßnahmen, nicht aber auf solche Maßnahmen, die unmittelbar und ausschließlich am Körper des Ehegatten der Klägerin ausgeführt worden sind.

22

Der private Behandlungsvertrag mit Prof. Dr. K. war nicht etwa nichtig, weil dieser die Klägerin in eine Privatbehandlung gedrängt hätte (vgl dazu zB [BSGE 97, 6](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 9](#), jeweils RdNr 26). Vielmehr erfolgte die Privatbehandlung, nachdem die Beklagte der Klägerin die ihr zustehende Leistung verweigert hatte und diese keinen Anlass hatte, am Fortbestand der Weigerung zu zweifeln. In einem solchen Fall ist es ohne Bedeutung, dass der behandelnde Arzt eventuell - wie von der Klägerin angedeutet - die unzutreffende Rechtsansicht vertreten hat, die von der Klägerin gewünschten, indizierten Maßnahmen könnten stets nur als Privatleistung beansprucht werden. Nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten vom 30.5.2002 konnte die Klägerin die begehrte Behandlung nur als privatärztliche Leistung erlangen.

23

Ebenso ist es ohne Bedeutung, dass die Klägerin ihre Kostenbelastung im Verlauf des Rechtsstreits dadurch verringert hat, dass sie durch Leistungen der beigeladenen PKV vorübergehend entlastet worden ist. Insoweit hat es sich nur um eine zeitweise Entlastung durch einen Dritten, nicht aber etwa durch den Leistungserbringer gehandelt (vgl dagegen zu Letzterem [BSGE 97, 6](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 9](#), jeweils RdNr 24 mwN; zur Unerheblichkeit von Leistungen Unterhaltspflichtiger vgl BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr 13](#) RdNr 10; [BSGE 93, 176, 177](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 7](#)). Die Leistung hat die Beklagte nicht endgültig von ihren Verpflichtungen freigestellt (vgl dazu unten, 4b).

24

4. Entgegen der Ansicht der Beklagten ist es für den Anspruch der Klägerin unerheblich, dass nicht nur die Klägerin den Anspruch auf Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach [§ 27a SGB V](#) hatte, sondern zusätzlich der Ehegatte der Klägerin von der beigeladenen PKV Erstattung der Gesamtheit der ärztlichen Maßnahmen (dazu a) entsprechend der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) verlangen konnte (vgl BGH, Urteil vom 3.3.2004 - [IV ZR 25/03](#); [BGHZ 99, 228](#), 233). Die Leistungsverpflichtung der Beklagten ist auch nicht durch Erfüllung der beigeladenen PKV erloschen (dazu b).

25

a) Das SGB V sieht es nicht als Ausschlussgrund an, dass Versicherte oder ihre Ehegatten zusätzlich zum Anspruch nach dem SGB V einen entsprechenden weiteren Anspruch gegen einen privaten Krankenversicherer auf Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft haben. Deshalb ist auch das Bundessozialgericht (BSG) bisher davon ausgegangen, dass eine Krankenkasse den bei ihr Versicherten nicht entgegenhalten kann, die Leistung könne von der privaten Versicherung des Ehegatten beschafft werden (vgl BSG, Beschluss vom 22.3.2005 - [B 1 KR 32/03 R](#); BSG [SozR 4-2500 § 27a Nr 1](#) RdNr 12; [BSGE 88, 51, 57](#) = [SozR 3-2500 § 27a Nr 2](#) S 16).

26

Entsprechend hat der BGH entschieden, der Privatversicherer könne dem Anspruch seines Versicherungsnehmers nicht entgegenhalten, dass seine Ehefrau einen entsprechenden Anspruch gegen ihre Krankenkasse aus [§ 27a SGB V](#) habe (vgl [BGHZ 158, 166](#) = [NJW 2004, 1658](#)). Haben in einer solchen Situation die gesetzlich krankenversicherte Ehefrau und der privat versicherte Ehemann sich überschneidende Leistungsansprüche gegen ihre Krankenkasse einerseits und ihren privaten Krankenversicherer andererseits, so steht den Eheleuten die Wahl offen, auf welchem Wege sie die Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft in Anspruch nehmen wollen. Hat allerdings einer der Schuldner den Leistungsanspruch erfüllt, so ist - soweit sich die Ansprüche gegen beide Schuldner in der Sache überschneiden haben - ggf auch insoweit die Schuld des anderen Schuldners erloschen.

27

b) Die Verpflichtung der Beklagten ist indes im vorliegenden Fall nicht durch Leistungen der beigeladenen PKV erloschen. Die Klägerin konnte sich - wie dargelegt - nach der Leistungsablehnung die ICSI-Behandlung im Sommer 2002 nur privatärztlich verschaffen. Sie wählte zulässig nach Erhalt der Rechnung vom 28.10.2002 die Beklagte als Schuldnerin, um von ihr Erstattung zu erhalten. Die beigeladene PKV hat diese Schuld der Beklagten nicht erfüllt.

28

Der Klägerin und ihrem Ehegatten stand es allerdings auch nach Erhalt der Rechnung vom 28.10.2002 für die nunmehr durchgeführten Maßnahmen der künstlichen Befruchtung einschließlich der ICSI weiterhin frei, hierfür entweder die beigeladene PKV oder die Beklagte in Anspruch zu nehmen. Im Ergebnis hat sich die Klägerin dafür entschieden, die Beklagte als Schuldnerin auszuwählen. Denn sie hat von ihr

die Erstattung der 1.550,92 Euro begehrt.

29

Dagegen vermag die Beklagte nicht mit Erfolg einzuwenden, dass die beigeladene PKV aufgrund der Vereinbarung vom Juli 2003 die Klägerin klaglos gestellt habe. Vielmehr befreite die Vereinbarung nach dem erkennbaren Willen der Vertragspartner die Klägerin nur von der Last der Zwischenfinanzierung der selbst beschafften, ihr rechtswidrig vorenthaltenen Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. Denn die Klägerin, ihr Ehegatte und die beigeladene PKV hatten vereinbart, dass die Klägerin ihre Rechte aus [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) iVm [§ 27a SGB V](#) gegenüber der Beklagten klageweise durchsetzen sollte, wie sie es auch in der Folgezeit praktiziert hat. Die Vereinbarung räumte der beigeladenen PKV das Recht ein, ihre zunächst geleistete Zahlung in dem Umfang zurückzufordern, in dem der Klägerin ein Anspruch gegen die Beklagte auf Kostenerstattung zustand. Der Leistungserfolg, die Erfüllung der Pflichten der beigeladenen PKV, sollte erst mit Erfüllung der zusätzlichen Bedingungen eintreten (vgl entsprechend [BGHZ 92, 280](#) = [NJW 1985, 376](#), 377 mwN).

30

Eine solche Vereinbarung ist nicht etwa nach § 32 SGB I oder aus anderen Gründen nichtig (zu Nichtigkeitsgründen vgl zB [BSGE 97, 6](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 9](#), jeweils RdNr 26; zuletzt BSG, Urteil vom 2.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - RdNr 14 ff mwN, zur Veröffentlichung vorgesehen). Vielmehr dient sie dazu, die Probleme der Darlehensbeschaffung abzumildern, die den Versicherten durch das rechtswidrige Vorenthalten einer eigentlich gebotenen Leistung entstehen. Dass der Ehegatte der Klägerin von der beigeladenen PKV eine weitergehende Leistung hätte beanspruchen können, wie später - nach Juli 2003 - die Rechtsprechung des BGH klargestellt hat, ist auch in diesem Zusammenhang ohne Belang. Über Ausgleichsansprüche zwischen der Beklagten und der beigeladenen PKV hat der Senat nicht zu entscheiden. Sie kommen ohne - hier nicht ersichtliche - gesetzliche oder vertragliche Grundlage nicht in Betracht.

31

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). [§ 193 Abs 4 SGG](#) steht der Verpflichtung der Beklagten nicht entgegen, Kosten der Beigeladenen zu erstatten. Vielmehr sind nach dieser Regelung nur die Aufwendungen der in [§ 184 Abs 1 SGG](#) genannten Gebührenpflichtigen nicht erstattungsfähig. Das sind Kläger und Beklagte, die nicht zu den in [§ 183 SGG](#) genannten privilegierten Personen gehören, nicht aber Beigeladene (vgl auch BSG, Urteil vom 6.9.2007 - B [14/7b AS 60/06 R](#) - RdNr 18, zur Veröffentlichung vorgesehen).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2008-10-20