
S 2 KR 191/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Sozialgericht Regensburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 KR 191/03
Datum	24.09.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	22.03.2005
-------	------------

- I. Der Bescheid der Beklagten vom 24.10.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.05.2003 wird aufgehoben.
- II. Die Beklagte wird verurteilt, die Kosten der In-vitro-Fertilisation und die im Rahmen der ICSI-Behandlung bei der KlÄgerin entstandenen Kosten zu Äbernehmen.
- III. Die Beklagte trÄgt die notwendigen auÄergerichtlichen Kosten der KlÄgerin.
- IV. Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Beklagte die Kosten fÄr die MaÄnahmen zur HerbeifÄhrung einer Schwangerschaft mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) zu tragen hat, die "an" der KlÄgerin und auÄerhalb des KÄrpers durchgefÄhrt wurden (In-vitro-Fertilisation = IVF).

Die genannte Technik der extrakorporalen Befruchtung wird im Wesentlichen bei Ehepaaren angewandt, die infolge einer FertilitÄtsstÄrung des Mannes auf natÄrlichem Wege keine Kinder zeugen kÄnnen. In solchen FÄllen genÄgt es

in der Regel nicht, Samen- und Eizellen zur spontanen Verschmelzung im Reagenzglas zusammenzubringen (IVF). Vielmehr muss ein einzelnes Spermium mit Hilfe einer mikroskopisch dünnen Nadel unmittelbar in die Eizelle injiziert werden. Die übrigen Einzelschritte des Verfahrens bestehen ebenso wie bei der IVF darin, durch Hormonbehandlung der Frau mehrere Eizellen verfügbar zu machen, dem Körper zu entnehmen und nach dem Befruchtungsvorgang als Embryo wieder in den Körper zu übertragen (sogenannter Embryonentransfer). Eine ICSI-Behandlung zerfällt also in drei Komplexe: Die Maßnahmen "am" Mann, die Maßnahmen "an" der Frau und die extra- korporale Befruchtung außerhalb der Körper.

Die 1970 geborene Klägerin ist bei der Beklagten versichert, ihr Ehemann ist privat krankenversichert.

Mit Fax vom 11.10.2002 beantragte sie sinngemäß die Kostenübernahme einer ICSI-Behandlung für die "an" ihr durchzuführenden Maßnahmen und für die IVF, mündlich teilte sie der Beklagten mit, die Ursache für die eheliche Sterilität liege allein beim Ehemann. Vorgelegt wurde ein Schreiben des privaten Krankenversicherers des Ehemanns vom 26.09.2002, mit dem eine Kostenzusage für vier ICSI-Versuche erteilt wurde, jedoch lediglich für die "am" Ehemann durchzuführenden Behandlungsschritte, abgelehnt wurde ausdrücklich eine Kostenübernahme für die IVF und die Hormonbehandlung der Klägerin.

Mit Schreiben vom 14.10.2002 an den Privatversicherer des Ehemanns der Klägerin stellte die Beklagte fest, dass nach der Rechtsprechung des BSG in den Fällen, in denen der Ehemann privat versichert sei und er sich gegen das Risiko der ungewollten Kinderlosigkeit versichert habe, dessen Versicherung die Gesamtkosten für die künstliche Befruchtung nach der ICSI-Methode zu übernehmen habe, wenn die Ursächlichkeit für die Sterilität bei ihm liege, da der Ehemann der Klägerin aus der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten ausgetreten sei und Mitglied einer privaten Krankenversicherung geworden sei, habe die Privatversicherung die Gesamtkosten der ICSI-Behandlung zu übernehmen.

Der Ehemann der Klägerin teilte der Beklagten telefonisch mit, die private Krankenversicherung übernehme nicht die Maßnahmen für die IVF und die Behandlung der Ehefrau.

Die Klägerin selbst legte am 18.10.2002 gegen das ihr zugegangene Schreiben der Beklagten vom 14.10.2002 Widerspruch ein, sie bezog sich zur Begründung auf die von der Beklagten genannten Entscheidungen des BSG, mit einem Schreiben vom 23.10.2002 beantragte sie Kostenerstattung für die durchgeführte ICSI-Behandlung.

Der von der Beklagten eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) kam in einer Stellungnahme nach Aktenlage vom 19.02.2003 zum Ergebnis, gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für künstliche Befruchtung bestehe im Falle der Klägerin eine medizinische

Indikation zur Durchführung der ICSI.

Mit Widerspruchsbescheid vom 08.05.2003 wies die Beklagte den Rechtsbehelf als unbegründet zurück, wiederum mit der Begründung in den Fällen, in denen der privat versicherte Ehemann einer gesetzlich Krankenversicherten ursprünglich für die eheliche Sterilität sei, habe die private Krankenversicherung des Ehemannes die Kosten der ICSI in vollem Umfang zu zahlen.

Hiergegen erhob die Bevollmächtigte am 12.06.2003 Klage mit der Begründung, entsprechend der Rechtsprechung des BSG habe die Beklagte die Kosten der IVF und die Hormonbehandlung der Klägerin auch in dem Fall zu zahlen, wenn die Ursache für die Kinderlosigkeit allein beim privat versicherten Ehemann liege.

In der mündlichen Verhandlung vom 24.09.2003 beantragte die Bevollmächtigte sinngemäß:

1. Der Bescheid der Beklagten vom 24.10.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.05.2003 wird aufgehoben.
2. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin die Kosten für die erfolgte künstliche Befruchtung im Wege der In-vitro-Fertilisation nebst der hormonellen Vorbehandlung zu erstatten.
3. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Die Vertreterin der Beklagten beantragte,

die Klage abzuweisen, für den Fall des Unterliegens beantragte sie die Zulassung der Sprungrevision, da der Fall für die Beklagte grundsätzliche Bedeutung habe, nach ihrer Rechtsauffassung habe bei vorliegender Fallgestaltung nach dem "Verursacherprinzip" die private Krankenversicherung des Ehemanns der Klägerin die ICSI-Behandlung zu übernehmen.

Die Bevollmächtigte der Klägerin stimmte der Sprungrevision zu.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten, auf deren Inhalt sowie auf den Inhalt der gegenständlichen Streitakte wird hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist auch begründet, die Klägerin hat Anspruch auf Erstattung der durch die bei ihr durchgeführten Maßnahmen der IVF-Behandlung entstandenen Kosten.

Zwar hat nach [Â§ 2 Abs.2 SGB IV](#) die Beklagte grundsätzlich ihre Leistungen als Sach- und Dienstleistungen zu erbringen, eine Kostenerstattung darf nach [Â§ 13 Abs.1 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen nur erfolgen, soweit es das SGB V oder das SGB IX es vorsehen. Als einzige mögliche Anspruchsgrundlage für

eine Kostenerstattung ist hier [Â§ 13 Abs.3 SGB V](#) anzuwenden. Nach dieser Vorschrift hat die Krankenkasse, wenn sie eine un- aufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten fÃ¼r die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese dem Versicherten in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Die Voraussetzungen der 2. Alternative dieser Vorschrift sind erfÃ¼llt, die Beklagte hat es zu Unrecht abgelehnt, der KlÃ¤gerin die Kosten der IVF-Behandlung zu erstatten.

Unstreitig ist zwischen den Beteiligten, dass die KlÃ¤gerin grundsÃ¤tzlich Anspruch auf kÃ¼nstliche Befruchtung nach [Â§ 27a SGB V](#) hat, die Voraussetzungen dessen Abs.1 sind unstreitig erfÃ¼llt (vgl. MDK vom 19.02.03).

Streitig ist letztlich nur die Auslegung des Abs.3 des [Â§ 27a SGB V](#), wonach die Krankenkasse nur die Kosten der MaÃnahmen nach Â§ 1, die bei ihrem Versicherten durchgefÃ¼hrt werden, zu Ã¼bernehmen hat. Welchem Ehegatten diese IVF-Behandlung zugerechnet werden muss und wessen Krankenkasse sie zu erbringen hat, ist dem Gesetz unmittelbar nicht zu entnehmen. Die wegen des Standes der Vorschrift im Leistungsrecht der Krankenversicherung naheliegende Annahme, die nicht unmittelbar personenbezogenen Leistungen sollten der Versicherung desjenigen Partners angelastet werden, dessen InfertilitÃ¤t die Behandlung notwendig macht, also die Ansicht der Beklagten, mit der sie eine KostenÃ¼bernahme abgelehnt hat, erweist sich bei nÃ¤herer Betrachtung als nicht zwingend. Denn obwohl [Â§ 27a Abs.1 SGB V](#) die MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft rechtstechnisch den Leistungen der Krankenbehandlung zuordnet, handelt es sich nicht um Krankenbehandlung im eigentlichen Sinne. Das Gesetz knÃ¼pft die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht an einen regelwidrigen KÃ¶rper- oder Geisteszustand ihres Mitglieds, sondern an die ungewollte Kinderlosigkeit des Ehepaars und die daraus resultierende Notwendigkeit einer kÃ¼nstlichen Befruchtung an. Vorausgesetzt wird allein, dass die vorgesehenen MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung der gewÃ¼nschten Schwangerschaft erforderlich und erfolgsversprechend sind. Welche UmstÃ¤nde die InfertilitÃ¤t verursachen und ob ihr eine Krankheit im krankensicherungsrechtlichen Sinne zugrunde liegt, ist unerheblich. Ein Leistungsanspruch besteht auch dann, wenn keiner der Eheleute nachweisbar krank ist und die Unfruchtbarkeit des Paares medizinisch nicht erklÃ¤rt werden kann (sogenannte idiopathische SterilitÃ¤t); denn aus medizinischer Sicht wird auch bei dieser Fallgestaltung eine Indikation zur kÃ¼nstlichen Befruchtung bejaht. Nicht die Krankheit, sondern die UnfÃ¤higkeit des Paares, auf natÃ¼rlichem Weg Kinder zu zeugen und die daraus resultierende Notwendigkeit einer kÃ¼nstlichen Befruchtung bildet den Versicherungsfall (vgl. BSG vom 03.04.2001 â Az.: [B 1 KR 22/00 R](#)). Daraus ergibt sich als Konsequenz, dass auch der gesunde Ehegatte gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf kÃ¼nstliche Befruchtung erwerben kann, obwohl bei ihm keine behandlungsbedÃ¼rftige StÃ¶rung besteht und ein entsprechender Versicherungsfall der Krankheit nicht eingetreten ist. Hieran zeigt sich wiederum, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht die Krankheit des versicherten Ehepartners, sondern die SterilitÃ¤t des Paares den

Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung begründet (vgl. BSG aaO). Hieraus ergibt sich, dass bei ungewollter Kinderlosigkeit grundsätzlich jeder Ehegatte gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf alle zur Herbeiführung einer Schwangerschaft notwendigen Maßnahmen hat und nur die in [Â§ 27a Abs.3 SGB V](#) genannten "Nebenleistungen" bei dem anderen Ehegatten hiervon ausgenommen sind. Sind beide Eheleute gesetzlich krankenversichert, muss allerdings die zuständige Krankenkasse bestimmt werden, weil die Leistungen im Ergebnis nur einmal beansprucht werden können. Da sich die Einzelansprüche der Eheleute bei dieser Konstellation iückenlos zu einem Anrecht des Paares auf alle für die künstliche Befruchtung notwendigen Leistungen ergänzen, muss sich die Kassenzuständigkeit nicht zwangsläufig nach der Ursache der Fruchtbarkeitsstörung richten, sondern kann, ohne dass dem Ehepaar ein Nachteil entsteht, auch nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten bestimmt werden, um den beteiligten Kassen eine praktikable, unnötigen Verwaltungsaufwand vermeidende Handhabung zu ermöglichen. Die Leistungsansprüche der Ehegatten werden dadurch aber nicht berührt, so dass eine Krankenkasse ihrem Versicherten grundsätzlich nicht entgegenhalten kann, die Kosten der IVF müssten von der Versicherung des anderen Ehegatten getragen werden. Das gilt namentlich dann, wenn nur der eine Ehegatte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und der andere privat versichert ist. Die Rechtslage in der privaten Krankenversicherung oder im Beihilferecht unterscheidet sich wesentlich von derjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung. Würde man auf die Ursache der Sterilität abstellen, so bliebe bei der vorliegenden Fallgestaltung, bei der der Ehemann privat krankenversichert ist und bei ihm die Ursache der Sterilität liegt, der Klägerin als gesetzlich Versicherte die in [Â§ 27a SGB V](#) zugesagte Behandlung versagt, ein solches Ergebnis lässt sich jedoch mit der gesetzlichen Regelung nicht vereinbaren (vgl. BSG aaO).

Da also die Beklagte dem Anspruch der Klägerin auf bei ihr durchzuführende Maßnahmen der extrakorporalen Befruchtung nicht entgegenhalten konnte, für diese Leistung sei die private Krankenversicherung ihres Ehemannes zuständig, hat sie die Kostenübernahme zu Unrecht abgelehnt, es war daher zu entscheiden wie geschehen.

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

â

Erstellt am: 04.11.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024