

## L 5 KR 223/03

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Köln (NRW)  
Aktenzeichen  
S 26 KR 228/02  
Datum  
28.10.2003  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 223/03  
Datum  
15.11.2004  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 33/04 R  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 28.10.2003 geändert. Die Beklagte wird unter Änderung des Bescheides vom 03.04.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2002 verurteilt, dem Kläger weitere 1.182,90 Euro zu erstatten. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über den Umfang der von der Beklagten im Rahmen einer künstlichen Befruchtung zu tragenden Kosten.

Der 1970 geborene Kläger, der Mitglied der Beklagten ist, leidet an einer ausgeprägten Oligo-Astheno-Teratozoospermie (OAT-Syndrom), bei seiner 1971 geborenen Ehefrau, die privat krankenversichert ist und einen Beihilfeanspruch besitzt, liegt keine Fertilitätsstörung vor.

Mit Schreiben vom 23.04.2001 bat der Kläger die Beklagte um Mitteilung, ob diese die Kosten für eine beabsichtigte Behandlung der Kinderlosigkeit durch extrakorporale Befruchtung (In-Vitro-Fertilisation (IVF)) in Kombination mit intracytoplasmatischer Spermajektion (ICSI) übernommen würden. In dem beigefügten Attest bescheinigten die Frauenärzte Dres. Q pp., für das Ehepaar bestehe bei dem ausgeprägten pathologischen andrologischen Befund nur bei einer Kombination von IVF mit ICSI eine reale Chance, zu einem eigenen Kind zu kommen. Die Beklagte erklärte in ihrem Antwortschreiben, dass sie erst nach Vorlegen der noch ausstehenden Gründe der Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 03.04.2001 zur Leistungspflicht der Krankenkassen für Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft mittels ICSI eine Entscheidung treffen könne. Auf den Hinweis des Klägers auf die Dringlichkeit einer Entscheidung im Hinblick auf die im Juli/August beabsichtigte Behandlung teilte die Beklagte nochmals mit Schreiben vom 05.06.2001 mit, dass sie erst nach Vorliegen der ergangenen Urteile des BSG im Wortlaut beurteilen könne, wie sich diese Entscheidungen auf den Antrag auswirkten.

Nach einer vorangegangenen Hormonbehandlung der Ehefrau zur Eizellgewinnung und Voruntersuchung des Klägers wurde am 05.11.2001 die künstliche Befruchtung mittels IVF/ICSI durch die Frauenärzte Dres. Q pp., die über eine Genehmigung zur Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft verfügen, durchgeführt. Mit Schreiben vom 03.11.2001 übersandte der Kläger die angefallenen Rechnungen (Rechnung Dr. M vom 30.07.2001 über 412,64 DM, Rechnung Dr. E vom 05.09.2001 über 173,38 DM, Rechnung Dres. D vom 06.09.2001 über 553,12 DM, Rechnung Dres. Q vom 16.09.2001 über 5.857,10 DM, Arzneimittelrechnungen vom 10.07.2001, 19.07.2001, 31.08.2001 und 03.09.2001) mit der Bitte um Erstattung der vorgestreckten Kosten. Mit Schreiben vom 07.12.2001 erklärte die Beklagte, sie übernehme die Behandlungskosten der IVF/ICSI, die eindeutig dem Kläger zuzuordnen seien.

Die Ehefrau des Klägers reichte zunächst die an sie adressierten Arztrechnungen vom 06.09.2001 und 16.09.2001 sowie die Arzneimittelrechnungen bei ihrer privaten Krankenversicherung sowie ihrer Beihilfestelle ein. Der private Krankenversicherungsträger lehnte eine Kostenübernahme ab, die Beihilfestelle der Ehefrau hat einen Beihilfeanspruch in Höhe von 50 % der Kosten anerkannt, wobei bei der Rechnung vom 16.09.2001 von dem erstattungsfähigen Betrag die auf die ICSI entfallenden Kosten abgesetzt worden sind (soweit in der Beihilfeabrechnung die Rechnung vom 16.09.2001 als "Arzneimittelkosten" bezeichnet werden, handelt es sich offenkundig ebenso um ein Versehen, wie die die Arzneimittel betreffende Rechnung vom 04.07.2001 als Arztkosten bezeichnet werden).

Nachdem der Kläger die Ablehnung durch die private Krankenversicherung und die Erstattung durch die Beihilfe mitgeteilt und um Übernahme der verbleibenden Kosten gebeten hatte, erklärte die Beklagte mit Bescheid vom 03.04.2002, sie könne nur die Kosten erstatten, die rein dem Mann zuzuordnen seien. Dies betreffe nur die Kosten der an den Kläger adressierten Rechnungen vom 30.07.2001 und 05.09.2001. Darüber hinausgehend hat die Beklagte auch die in der Rechnung der Dres. Q pp. vom 16.09.2001 ausgewiesenen Kosten für die ICSI übernommen. Mit Widerspruchsbescheid vom 10.10.2002 wies sie den Widerspruch des Klägers, der geltend gemacht hatte,

dass nach der Rechtsprechung des BSG auch die den "gesunden" Ehegatten betreffenden Kosten zu übernehmen seien, zurück.

Mit der am 04.11.2002 erhobenen Klage hat der Kläger geltend gemacht, die Beklagte sei verpflichtet, die gesamten Kosten der Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft zu übernehmen, wenn nur der gesetzlich versicherte Ehemann zeugungsunfähig sei. Die von der Beklagten zu erstattenden Kosten für den im August/September 2001 durchgeführten Behandlungszyklus hat er mit 1.182,90 Euro beziffert; darüber hinausgehend hat er erstinstanzlich auch die Kosten für weitere Behandlungszyklen gefordert.

Mit Urteil vom 28.10.2003 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Es hat eine Leistungspflicht der Beklagten für die streitigen Maßnahmen verneint, da diese unmittelbar am Körper der privat versicherten Ehefrau vorgenommen worden seien und für solche Maßnahmen das Gesetz die Leistungspflicht der Krankenkasse des Mannes ausschließe.

Gegen das ihm am 27.11.2003 zugestellte Urteil hat der Kläger am 11.12.2003 Berufung eingelegt. Er hält an seiner Auffassung fest, dass die Beklagte die gesamten Kosten der künstlichen Befruchtung zu übernehmen habe. Die Auslegung des Sozialgerichts, dass die Kosten für die hier streitigen Maßnahmen nur dann zu übernehmen seien, wenn die Ehefrau gesetzlich versichert sei, verstoße gegen das Gleichbehandlungsgebot des Grundgesetzes. Die Krankenbehandlung müsse all das umfassen, was zu dem Erfolg der Behandlung, d.h. der Zeugung eines Kindes, beitrage. Somit seien alle Maßnahmen der künstlichen Befruchtung von der Beklagten zu übernehmen. Insoweit dürfe es keine Rolle spielen, ob und wie der Ehegatte selbst krankenversichert sei. Der Kläger hat im Berufungsverfahren seinen Antrag auf die Erstattung der Kosten des ersten Behandlungszyklus beschränkt.

Der Kläger beantragt nach seinem Vorbringen,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 28.10.2003 zu ändern und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 03.04.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2002 zu verurteilen, ihm weitere 1.182,90 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und meint, die in der Rechnung vom 16.09.2001 aufgeführten Kosten für den Befruchtungsvorgang und den Embryotransfer seien von ihr nicht zu übernehmen, da diese Maßnahme der Ehefrau des Klägers zuzuordnen sei.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch den Berichterstatter ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der Entscheidung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist begründet. Das Sozialgericht hat zu Unrecht die Klage abgewiesen, denn der Kläger hat Anspruch auf Erstattung der von ihm getragenen Kosten für die IVF (einschließlich der anästhesiologischen Leistungen) sowie die Arzneimittel.

Der Kostenerstattungsanspruch des Klägers ergibt sich aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ((SGB V) in der ab 01.07.2001 geltenden Fassung). Diesem Anspruch steht nicht entgegen, dass mit der Hormonbehandlung als Teil der IVF schon Anfang Juli 2001 begonnen worden ist. Der Kläger hatte mit Schreiben vom 31.05.2001 das dilatorische Verhalten der Beklagten gerügt und unter Hinweis auf die im August/September beabsichtigte Behandlung nochmals um eine Entscheidung gebeten. Bei dieser Sachlage ist das Antwortschreiben der Beklagten vom 05.06.2001 in der Sache als - derzeitige - Ablehnung einer Kostenübernahme zu werten. Im Übrigen hat die Beklagte im Schreiben vom 07.12.2001 dem Grunde nach ihre Leistungspflicht für die beantragte Behandlung anerkannt, wobei lediglich der Umfang der zu tragenden Kosten offen geblieben ist und dementsprechend den nach ihrer Auffassung den Kläger betreffenden Teil der Kosten erstattet.

Rechtsgrundlage des materiellen Leistungsanspruchs des Klägers ist [§ 27a SGB V](#) (in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung). Das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen dieser Vorschrift (Abs. 1 Nr. 1 bis 5 a.a.O.) ist von der Beklagten in ihrem Schreiben vom 07.12.2001 anerkannt und auch im Verfahren nicht in Frage gestellt worden.

Entgegen der Ansicht des Sozialgerichts und der Beklagten ergibt sich aus [§ 27a Abs. 3](#) (in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung) nicht, dass die Kosten der Hormonbehandlung und der IVF, die (naturgemäß) nicht bei dem Kläger, sondern seiner Ehefrau bzw. extrakorporal durchgeführt worden sind, nicht von der Leistungspflicht der Beklagten umfasst sind. Diese Vorschrift bestimmte, dass die Krankenkasse nur die Kosten der Maßnahmen nach Abs. 1 übernimmt, die "bei" ihrem Versicherten durchgeführt werden. Wie das BSG in seinen Urteilen vom 03.04.2001 ([SozR 3-2500 § 27a Nr. 2](#) S. 13; Nr. 3 S. 26) ausgeführt hat, kann die Vorschrift entgegen dem Eindruck, den ihr Wortlaut vermittelt, nicht so ausgelegt werden, dass die Krankenkasse nur für die Untersuchungen und Eingriffe aufzukommen hätte, die unmittelbar am Körper ihres Versicherten vorgenommen wurden. Zu Recht weist das BSG darauf hin, dass bei einer solchen wörtlichen Auslegung die wesentlichen Teile von der Leistungspflicht ausgenommen würden, weil sie sich wie die IVF und die Spermieninjektion keinem der Ehegatten zuordnen lassen. Insoweit ist auch die Haltung der Beklagten widersprüchlich, wenn sie hier die Kosten der ICSI übernommen hat, obwohl diese außerhalb des Körpers des Klägers durchgeführt worden ist und zudem die Injektion eines Spermiums in die Eizelle "auch" die Ehefrau des Klägers betrifft. In den genannten Entscheidungen hat das BSG überzeugend begründet, dass der Gesetzgeber mit [§ 27a SGB V](#) einen eigenständigen Versicherungsfall geschaffen hat, der nicht an den krankhaften Zustand eines der Ehepartner anknüpft, sondern an die Unfähigkeit des Ehepaares, auf natürlichem Wege Kinder zu zeugen. Unabhängig davon, ob und bei welchem Partner eine Fertilitätsstörung vorliegt, begründet 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 kann, obwohl bei ihm keine behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt. Nach der gesetzlichen Regelung hat somit bei ungewollter Kinderlosigkeit grundsätzlich jeder Ehegatte gegen seine Krankenkasse

einen Anspruch auf alle zur Herbeiführung einer Schwangerschaft notwendigen Maßnahmen. Dieser Auslegung des [§ 27a SGB V](#) durch das BSG hat sich der Senat schon in seinem Urteil vom 23.10.2003 ([L 5 KR 50/03](#); ebenso der 16. Senat des LSG NRW, Urteil vom 08.05.2003 - [L 16 KR 253/02](#) -) angeschlossen; er hält an seiner Auffassung fest.

Zum Umfang des danach bestehenden Anspruchs hat das BSG in den genannten Entscheidungen festgestellt, da jeder Ehegatte einen Anspruch auf alle zur Herbeiführung einer Schwangerschaft notwendigen Maßnahmen erwerbe, könne die Kasse ihrem Versicherten nicht entgegenhalten, die Kosten der IVF und der Spermajektion müssten von der Versicherung des anderen Ehegatten getragen werden. Das hat das BSG ausdrücklich auf die hier vorliegende Fallkonstellation bezogen, dass ein Ehegatte gesetzlich, der andere privat versichert ist ([SozR 3-2500 § 27a Nr. 2](#) S. 16; Nr. 3 S. 26). Da das Recht der privaten Krankenversicherung bzw. der öffentlichen Heilfürsorge keine gesonderte Regelung der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung kennt, sondern Leistungen nur insoweit vorsieht, als sie sich als Heilbehandlung einer Krankheit darstellen, weist das BSG zu Recht darauf hin, dass andernfalls dem Ehepaar letztlich die von [§ 27a SGB V](#) zugesagte Behandlung verwehrt bliebe, wenn nur bei dem gesetzlich versicherten Ehemann eine krankhafte Störung vorliegt, da bei Zurechnung der IVF zur privat versicherten Ehefrau deren private Versicherung bzw. Beihilfe mangels Vorliegen einer Krankheit keine Leistungen erbringen würde. Für einen weitgehenden Leistungsanspruch im vorliegenden Fall spricht auch, dass inzwischen der Bundesgerichtshof (BGH) für den Bereich der privaten Krankenversicherung - als Behandlung einer Krankheit - einen umfassenden Leistungsanspruch eines fertilitätsgestörten Ehemannes bejaht hat, der auch die die (gesunde) Ehefrau betreffenden Maßnahmen einschließt ([NJW 2004, 1658](#)). Nach Ansicht des BGH ist auch die IVF Teil der Heilbehandlung des Ehemannes, weil die Linderung der Krankheit "Sterilität" erst mit der Gesamtheit der Maßnahmen erreicht werden könne. Die Behandlung ziele mit der Übertragung einer befruchteten Eizelle in die Gebärmutter darauf ab, einen Zustand zu erreichen, der ohne die Fertilitätsstörung mit Hilfe der natürlichen Körperfunktionen erreicht werden könne. IVF und ICSI bildeten eine auf das Krankheitsbild abgestimmte Gesamtbehandlung. Die Mitbehandlung der gesunden Ehefrau hat der BGH folgerichtig als notwendigen Bestandteil der Behandlung des Ehemannes angesehen, da erst die kombinierten Behandlungsmaßnahmen der Linderung der Unfruchtbarkeit des Mannes dienen (a.a.O. S. 1659). In gleicher Weise ist hier die Kombination aller die Unfruchtbarkeit überwindenden und auf Herbeiführung einer Schwangerschaft gerichteten Maßnahmen als von der Leistungspflicht der Krankenkasse umfasst anzusehen.

Somit zählen hier sowohl die IVF als auch die Hormonbehandlung zu den von der Beklagten zu erbringenden Leistungen. Die Hormonbehandlung der Frau dient dazu, mehrere Eizellen verfügbar zu machen, die dann dem Körper entnommen und nach der extrakorporalen Befruchtung wieder eingepflanzt werden. Sie ist daher notwendiger Bestandteil jeder IVF, so dass die Beklagte die insoweit angefallenen Arzneimittelkosten entsprechend den Rechnungen vom 10.07.2001, 19.07.2001, 31.08.2001 und 03.09.2001 zu tragen hat. Gleiches gilt für die Kosten der im Rahmen des gynäkologischen Eingriffs am 05.09.2001 notwendigen anästhesiologischen Leistungen (Rechnung vom 06.09.2001).

Da der Kläger die für die Kryokonservierung der befruchteten Eizellen berechneten Kosten von seiner Erstattungsforderung ausgenommen hat, braucht nicht entschieden zu werden, ob der Ausschluss dieser Maßnahme in den Richtlinien über künstliche Befruchtung (Zif. 4 in der Fassung vom 14.8.1990; s.a. BSG [SozR 3-2500 § 27a Nr. 1](#)) rechtmäßig ist. Hinsichtlich der rechnerischen Höhe des nach Abzug der Leistung der Beihilfe verbleibenden Betrages besteht kein Streit; insoweit sind Fehler auch nicht ersichtlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Der Senat hat es für sachgerecht angesehen, der Beklagten auch die gesamten Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens aufzuerlegen. Der Kläger hat zwar im Berufungsverfahren insoweit teilweise seine Klage zurückgenommen, dies erfolgte jedoch nur wegen der fehlenden Verwaltungsentscheidung.

Im Hinblick auf die schon beim BSG anhängigen Verfahren ist die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung des Verfahrens zugelassen worden ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-02-10