

## **Patienten - Information zur Kostentragung von Kinderwunschbehandlungen bei Paaren mit unterschiedlichen Versicherungsverhältnissen**

Dem Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ) liegen mehrere Anfragen von Patienten vor, die mitteilen, dass ihre private Krankenversicherung sich weigert, einen Teil der Kosten ihrer künstlichen Befruchtungsbehandlung zu übernehmen, und zwar soweit es um die Behandlung ihres Ehepartners geht. Dieser sei gesetzlich krankenversichert und seine Krankenkasse sei einstandspflichtig.

Der Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ) hat die Angelegenheit durch seinen Justiziar, Herrn Rechtsanwalt Dr. Karl-Heinz Möller, Düsseldorf, prüfen lassen. Herr Dr. Möller hat sich namens des BRZ bereits an einzelne private Krankenversicherungsunternehmen gewandt und ihnen erläutert, dass ihre Sichtweise nicht haltbar sei. Aus den Schreiben von Herrn Dr. Möller wird wie folgt zitiert:

1. Grund und Umfang des Anspruchs eines privat krankenversicherten Patienten auf Erstattung der Kosten für ärztliche Leistungen ergeben sich aus dem Krankenversicherungsvertrag. Regelmäßig gelten die Musterbedingungen über die private Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung (MB/KK).

Der Aufwendungsersatzanspruch i. S. des § 1 Abs. 1, 2 MB/KK umfasst dem Umfang nach für einen zeugungsunfähigen privat krankenversicherten Patienten die (Mit-) Behandlung seines gesetzlich versicherten Ehepartners. Denn ohne dessen (Mit-) Behandlung ist eine erfolgreiche „Linderung“ der Sterilitäts-erkrankung nicht zu erreichen. Die gesamte IVF/ICSI-Behandlung bildet aus der Natur der Sache heraus eine Einheit. Dies hat nicht nur das **Hanseatische Oberlandesgericht** (Urteil vom 15. Juli 2002 - 9 U 22/02 -, S. 3 Urteilsdruck), sondern mittlerweile – allen privaten Krankenversicherungen bekannt – der **Bundesgerichtshof** mit Urteil vom 3. März 2004 – IV ZR 25/03 – abschließend bestätigt. Der **BGH** (a.a.O., S. 12 Urteilsdruck) hat insbesondere entschieden, dass Einschränkungen aufgrund einer „etwaigen (!) Leistungsverpflichtung“ der gesetzlichen Krankenversicherung des Ehepartners nicht bestünden. Er hat ausdrücklich offen gelassen, ob und ggf. in welchem (eingeschränkten) Umfang der gesetzliche Sachleistungsanspruch besteht.

2. Tatsächlich ist durch die uneingeschränkte Leistungsverpflichtung der privaten Krankenversicherung die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse des gesunden gesetzlich versicherten Ehepartners ausgeschlossen.

- a. Dagegen sprechen zunächst die Richtlinien über künstliche Befruchtung, die aufgrund von § 27 a Abs. 4 SGB V ergangen sind.

Nr. 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung geht inzident davon aus, dass beide Ehepartner gesetzlich krankenversichert sind. Die „Zuständigkeit“ einer gesetzlichen Krankenversicherung, wenn einer der Ehepartner privat krankenversichert ist, ist nicht geregelt. Die Richtlinien über künstliche Befruchtung lassen diese Konstellation einer „gemischten Krankenversicherung“ – bewusst – offen.

- b. Die teleologische Auslegung von § 27 a SGB V ergibt ebenfalls, dass die Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist. Das **Bundessozialgericht** geht in seiner Entscheidung vom 3. April 2001 – B 1 KR 40/00 R - (BSGE 88, S. 62.ff.) von der – im zu entscheidenden Fall nicht gegebenen - Konstellation eines beidseitig gesetzlich krankenversicherten Ehepaares aus und erläutert hierzu die Notwendigkeit, § 27 a SGB V als eigenen Versicherungstatbestand anzusehen, bei dem nicht die Zeugungsunfähigkeit des/der Versicherten, sondern die Kinderlosigkeit eines Ehepaares die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auslöst. Dies führt zu der Aussage:

„Sind beide Eheleute gesetzlich versichert, können sie zusammen die Übernahme aller zur Herbeiführung der Schwangerschaft notwendigen medizinischen Leistungen verlangen, ohne dass es darauf ankommt, bei wem die Ursache für die Kinderlosigkeit zu suchen ist. Daraus ergibt sich als Konsequenz, dass (auch) der gesunde Ehegatte gegen seine Kasse einen Anspruch erwerben kann, obwohl bei ihm keine behandlungsbedürftige Störung besteht und ein entsprechender Versicherungsfall mithin nicht eingetreten ist. Hierin zeigt sich wiederum, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht die Krankheit des versicherten Ehepartners, sondern die Sterilität des Paares den Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung begründet.“

Auf den ersten Blick scheinen folgende weitere Aussagen des **Bundessozialgerichts** von Bedeutung zu sein, weil sie für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung sprechen (a.a.O., S. 66.):

„ (...) die Kasse (kann) ihrem Versicherten grundsätzlich nicht entgegenhalten (...), die Kosten der In-Vitro-Fertilisation und der Spermajektion 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 privatversichert ist. 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 beantragt werden, soweit sie sich als medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten bzw. beihilfeberechtigten Person wegen Krankheit darstellen (...). Ist – wie im vorliegenden Fall – nur der Ehemann Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und besteht bei ihm die krankhafte Störung, derentwegen eine künstliche Befruchtung notwendig ist, bliebe dem betroffenen Ehepaar die in § 27 a Abs. 1 SGB V zugesagte Behandlung im Ergebnis versagt, weil bei dem männlichen Partner – von dem seltenen Ausnahmefall der Notwendigkeit einer

operativen Spermientnahme aus den Hoden oder Nebenhoden abgesehen – keine medizinischen Leistungen anfallen und sowohl die In-Vitro-Fertilisation als auch die ICSI als extrakorporale Maßnahmen der Ehefrau zugerechnet würden, deren private Versicherung und/oder Beihilfe jedoch mangels Krankheit nicht einträte. Ein solches Ergebnis ließe sich mit der gesetzlichen Regelung nicht vereinbaren.“

(Hervorhebung nicht im Original)

Die fettgedruckte Stelle belegt jedoch, dass das Ergebnis des **Bundessozialgerichts** – neben dem privaten Krankenversicherer sei dem Grunde nach auch die gesetzliche Krankenversicherung leistungspflichtig – nur darauf gründet, dass die Kinderlosigkeit ihre Ursache bei dem gesetzlich krankenversicherten Ehepartner findet und er in diesem Fall für bestimmte Kosten schutzwürdig ist. Nicht festgestellt hat das **Bundessozialgericht** indes die unbedingte Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn ein Grund, Kosten nicht erstattet zu erhalten, nicht besteht. Dies ist der Fall, wenn die Ursache der Kinderlosigkeit bei dem privat krankenversicherten Ehepartner liegt und der private Krankenversicherer alle notwendigen Maßnahmen – wie unter II. 1. dargelegt – ausnahmslos übernehmen muss. Diesem Anspruch die Leistungspflicht der Krankenkasse entgegenzuhalten, ist tautologisch.

3. **Ergebnis:** In der Konstellation „zeugungsunfähiger Ehepartner privat krankenversichert, gesunder Ehepartner gesetzlich krankenversichert“ ist die Krankenkasse des gesunden Ehepartners für künstliche Befruchtungsmaßnahmen nicht leistungspflichtig. (Nur) die private Krankenversicherung des zeugungsunfähigen Ehepartners hat die Kosten aller notwendigen Behandlungsmaßnahmen bei beiden Ehepartnern zu tragen. Verkürzt kann man davon sprechen, dass sich bei einem „gemischt versicherten Ehepaar“ die Kostenerstattungspflicht nach einem „Verursacherprinzip“ richtet.

Dieses Ergebnis ist auch nicht zu Lasten der privaten Krankenversicherer oder ggf. der privat krankenversicherten Patienten „unbillig“. Zu berücksichtigen ist, dass im Fall eines zeugungsunfähigen gesetzlich krankenversicherten Patienten ausschließlich dessen Krankenkasse einstandspflichtig ist, und zwar – so die Auffassung des Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. – hinsichtlich sämtlicher Behandlungsmaßnahmen auch bei dem privat krankenversicherten Ehepartner. Das Urteil des **SG Trier** vom 10. Februar 2004 – S 4 KR 135/02 – belegt diese Sichtweise.

Möglicherweise ist es für Sie hilfreich, die Ausführungen von Herrn Rechtsanwalt Dr. Möller an Ihre private Krankenversicherung weiterzuleiten.

BRZ - Geschäftsstelle