

10.04.2008 - Urteil des Landgerichts Dortmund

**Die private Krankenversicherung muß die Kosten für eine künstliche Befruchtung ihres Versicherten erstatten, auch wenn er nicht verheiratet ist.**

Dem Urteil des Landgerichts Dortmund nach hat eine private Krankenversicherung ihrem Versicherten die Behandlungskosten für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung in Form einer heterologen In-vitro-Fertilisation nebst Intra-cytoplasmatischer Spermieninjektion (IVF/ICSI), zusätzlich die Medikamente, Spermaaufbereitung und Embryotransfer zu erstatten, auch wenn der Versicherte mit seiner mitbehandelten Lebenspartnerin formal nicht verheiratet sei. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) stellten keinen Zusammenhang her zwischen der Ehe und Krankheit, Heilbehandlung und deren Erfolg.

## I.

Dem Urteil liegt zugrunde, daß der Kläger unter einer männlichen Subfertilität im Sinne einer hypogonadotropen Gonadeninsuffizienz. Diagnostiziert worden ist eine Asthenozoospermie II. Grades. Die Fertilität ist aus andrologischer Sicht derart eingeschränkt, daß die Durchführung einer künstlichen Befruchtung in Form der IVF/ICSI indiziert war. Diese Behandlung sieht vor, daß nach medikamentöser Stimulationsbehandlung der Eierstöcke der Frau operativ Eizellen punktiert werden, in welche extrakorporal Spermien des Mannes injiziert werden. Nach erfolgter Befruchtung wird der nach Zellteilungen erreichte Embryo in die Gebärmutter der Frau transferiert.

Der Versicherte erbat von seiner privaten Krankenversicherung zunächst die Kostenübernahmeerklärung, nach Durchführung einer IVF/ICSI deren Kostenerstattung. Er ist der Ansicht - in

Anlehnung an das Urteil des Landgerichts Berlin vom 24.02.2004 -, daß die durchgeführte reproduktionsmedizinische Behandlung in Form der IVF/ICSI und entsprechend weitere für ihn medizinisch notwendig war, um seine Fertilitätseinschränkung zu überwinden. Bei seiner bereits langjährigen Lebenspartnerin läge nämlich keine Indikation für eine künstliche Befruchtung vor und es bestünden keine gynäkologischen Einschränkungen.

Bei der Behandlung wurden überzählige Eizellen kryokonserviert, wodurch nun bei seiner Lebenspartnerin nach erfolglos gebliebener IVF/ICSI keine wiederholende Stimulationsbehandlung mit Hormonpräparaten durchgeführt werden müsse. Die dadurch entstandenen Kosten habe die Krankenversicherung zu tragen.

Insgesamt könne diesbezüglich die Ehelosigkeit keinen Grund darstellen, die Erstattung von Behandlungskosten zu verweigern.

Die Beklagte ist der gegenteiligen Ansicht in Anlehnung an das grundlegende Urteil des BGH vom 17.12.1986 und an das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 27.02.2007 zur Beschränkung von Leistungen bei nichtverheirateten Lebenspartnern gemäß § 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V. Die private Krankenversicherung sei nur für Aufwendungen bei homologen Behandlungen, also bei solchen von Ehepartnern leistungspflichtig, da das grundgesetzliche Selbstbestimmungsrecht, sich für ein gemeinsames Kind zu entscheiden, nur von Ehegatten ausgeübt werden könne.

Den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) nach sei daher nur eine Kostenerstattung für eine künstliche Befruchtung in Form einer homologen IVF/ICSI versichert, mithin keine heterologe Behandlung.

## II.

Dem Landgericht Dortmund nach hat die Klage Erfolg.

Gemäß § 1 Abs. 2 AVB trete der Versicherungsfall ein bei der Durchführung einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen Krankheit, wobei sich gemäß § 1 Abs. 1 AVB der Versicherungsschutz auf die Erstattung von medizinisch notwendigen Heilbehandlungskosten erstreckt. Entsprechend des Sachverständigengutachtens war hier die Durchführung einer künstlichen Befruchtung in Form der IVF/ICSI medizinisch notwendig, die seit dem grundlegenden Urteil des BGH vom 17.12.1986 eine Heilbehandlung ist. Die Notwendigkeit ergebe sich aufgrund der andrologischen Fertilitätsstörung des Klägers, die eine behandlungsbedürftige Krankheit sei.

Hinsichtlich des grundlegenden Streits zwischen den Parteien vertritt die Kammer die Überzeugung, daß Aufwendungen für eine heterologe IVF/ICSI vom Leistungsumfang einer privaten Krankenversicherung gedeckt sind. Die Sterilität sei auch bei einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft eine Krankheit gemäß der MB/KK und als solche unabhängig vom Bestehen einer Ehe. Die Differenzierung nach dem Familienstand des Versicherten finde keine Stütze in den AVB und sei sachlich nicht gerechtfertigt.

Vertragsbedingungen seien nach ständiger Rechtsprechung des BGH so auszulegen, wie sie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse bei hinreichender Würdigung sie verstehen muß. Entsprechend muß er nicht erkennen, daß eine Kostenerstattung für eine künstlichen Befruchtung davon abhängen soll, ob der Versicherte verheiratet oder ledig ist.

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vom 27.02.2007 beziehe sich alleinig mit der Frage, ob die Sondervorschrift des § 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V

verfassungsgemäß ist, was auf das private Versicherungsrecht nicht übertragbar sei.

Die Versicherung habe auch die Kosten für die Kryokonservierung zu erstatten, da der Sachverständige nachvollziehbar festgestellt habe, daß diese im Verhältnis zu einer wiederholten Hormonstimulation mit nachfolgender Punktion von Eizellen die weitaus schonendere Maßnahme zur Erzielung einer Schwangerschaft sei. Intensivmedizinisch zu behandelnde Wassereinlagerungen im Bauchraum durch Überstimulation der Eierstöcke, sowie dort notfallmäßige Blutungen durch die Eizellentnahme, können so nicht vorkommen.

**Anmerkung:**

Das Landgericht Dortmund teilt damit die Auffassung des Landgerichts Berlin in seinem Urteil vom 24.02.2004. Das Landgericht Mannheim urteilte am 28.08.2009, daß ein unfruchtbarer Mann in einer ungefestigten Beziehung ohne Trauschein auch krank im Sinne der MB/KK ist.

Gegenteilige Auffassung vertritt das Landgericht Köln in seinem Urteil vom 21.01.2001. Höchstrichterliche Rechtsprechung des BGH fehlt.