

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 1 KR 10/25 R**

Hessisches LSG 27.02.2025 - L 1 KR 35/24

SG Gießen 06.12.2023 - S 5 KR 736/21

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

DAK-Gesundheit,
Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 28. Mai 2026 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E s t e l m a n n , die Richterinnen J u s t und Dr. M a t t h ä u s sowie den ehrenamtlichen Richter R a t t e y und die ehrenamtliche Richterin B u t z m ü h l e n für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 27. Februar 2025 wird zurückgewiesen.

Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe :

I

- 1 Die Beteiligten streiten noch über einen Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Kosten von 1210,32 Euro, die sie im Zusammenhang mit einer selbst beschafften, am 21.4.2021 durchgeführten Kryokonservierung von Eizellen im Zeitraum vor dem 1.7.2021 aufgewendet hat.
- 2 Die Klägerin beantragte am 8.4.2021 bei der beklagten Krankenkasse die Versorgung mit einer Kryokonservierung von Eizellen für eine spätere künstliche Befruchtung, da wegen ihrer Krebserkrankung eine unaufschiebbare, potentiell keimzellschädigende Behandlung (Bestrahlung und Chemotherapie) bevorstehe. Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom selben Tag (8.4.2021) und Widerspruchsbescheid vom 30.6.2021 ab: Seit dem 11.5.2019 regle § 27a Abs 4 SGB V einen Anspruch auf Kryokonservierung von Eizellen, Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) sei die Aufgabe übertragen worden, in Richtlinien die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen zu bestimmen. Die Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie vom 17.12.2020 (Kryo-RL) sei am 20.2.2021 in Kraft getreten. Die Leistungen könnten ab dem 1.7.2021 zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden, da zu diesem Zeitpunkt entsprechende Vergütungsregelungen und Abrechnungsziffern in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) eingeführt worden seien. Bei sog Übergangsfällen bestehe nach § 7 Kryo-RL ab dem Tag des Inkrafttretens der Umsetzung der Richtlinie im EBM-Ä im erforderlichen Umfang Anspruch auf Kryokonservierung und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen. Mit Bescheid vom 19.10.2021 und Widerspruchsbescheid vom 13.1.2022 lehnte die Beklagte auch den Leistungsantrag der Klägerin für den Zeitraum ab dem 1.7.2021 ab.
- 3 Das SG hat die Beklagte zur Leistungserbringung ab dem 1.7.2021 verurteilt und die Klage hinsichtlich des vorherigen Zeitraums abgewiesen. Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Ein Leistungsanspruch auf Kryokonservierung nach dem am 11.5.2019 in Kraft getretenen § 27a Abs 4 SGB V sei erst seit dem 1.7.2021 durchsetzbar. Die Kryo-RL nach § 27a Abs 5 SGB V sei zwar bereits am 20.2.2021 in Kraft getreten. Nach der Konzeption des SGB V bestehe ein Sachleistungsanspruch im Vertragsarztsystem aber erst mit Inkrafttreten der für eine Sachleistung erforderlichen Abrechnungsmöglichkeit. Der EBM-Ä bestimme nach § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Im Fall von Beschlüssen des GBA über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sei der EBM-Ä nach § 87 Abs 5b Satz 1 SGB V innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieser Beschlüsse anzupassen. Erst dann bestehe der individuelle Anspruch. Andernfalls wäre die Ausnahmeregelung in § 87 Abs 2a Satz 11 SGB V für Leistungen nach § 27b SGB V (Einholung einer Zweitmeinung) überflüssig,

nach der Versicherte die Leistungen bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs 1 SGB V in Anspruch nehmen dürften, sofern der Bewertungsausschuss drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des GBA keine Regelung im EBM-Ä getroffen habe. Ähnlich verhalte es sich mit der Regelung in § 87 Abs 5c Satz 4 und 5 SGB V. Diese Auslegung decke sich mit der BSG-Rechtsprechung zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 Abs 1 Satz 1 SGB V (*Hinweis auf BSG vom 2.9.2014 - B 1 KR 11/13 R - BSGE 117, 10 = SozR 4-2500 § 13 Nr 32, RdNr 13*). Für diese Auslegung spreche auch eine teleologische Betrachtung. Würde Versicherten nach Inkrafttreten neuer anspruchsbegründender Richtlinien des GBA generell in der Übergangszeit bis zur Umsetzung im EBM-Ä ein Kostenerstattungsanspruch zugestanden, wäre das Sachleistungsprinzip durchbrochen. Auf § 7 Kryo-RL komme es daher nicht an (*Urteil vom 27.2.2025*).

4 Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung von § 27a Abs 4 und 5 SGB V iVm der Kryo-RL. Der gesetzliche Leistungsanspruch aus § 27a Abs 4 SGB V habe sich durch Erlass der Kryo-RL zum 20.2.2021 zu einem durchsetzbaren Individualanspruch der Versicherten konkretisiert. Das Inkrafttreten entsprechender EBM-Ä-Ziffern sei hingegen keine Voraussetzung für das Bestehen des Anspruchs. Aus § 87 Abs 5b SGB V ergebe sich nicht, dass die Anpassung des EBM-Ä Anspruchsvoraussetzung sei. Dies lege auch die Gesetzesbegründung nahe, in der es heiße, dass mit der Länge der Beratungszeit die Unsicherheit steige, inwieweit die bereits vom GBA beschlossenen Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden könnten (*BT-Drucks 18/4095 S 95*). Auch der GBA sei nicht ermächtigt, den Anspruch der Versicherten vom formalen Akt der Umsetzung im EBM-Ä abhängig zu machen. Die BSG-Rechtsprechung zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden stehe dem nicht entgegen. Diese beziehe sich nur auf Fälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst durch die Empfehlung des GBA in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden seien, nicht - wie hier - auf Fälle, in denen der Gesetzgeber selbst den Leistungsanspruch geregelt habe. Die Kryokonservierung werde seit mehr als 45 Jahren in der Fortpflanzungsmedizin als übliche Methode angewandt. Bis zur Aufnahme in den EBM-Ä stehe Versicherten daher ein Kostenerstattungsanspruch zu.

5 Die Klägerin beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 8. April 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30. Juni 2021 und das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 27. Februar 2025 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung des Urteils des Sozialgerichts Gießen vom 6. Dezember 2023 zu verurteilen, der Klägerin die Kosten für die durchgeführte Kryokonservierung in Höhe von 1210,32 Euro zu erstatten.

6 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

7 Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend.

II

8 Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet (§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG). Das LSG hat die Berufung der Klägerin gegen das SG-Urteil zu Recht zurückgewiesen. Der Klägerin steht kein Anspruch auf Kostenerstattung für die im Zusammenhang mit der Kryokonservierung vor dem 1.7.2021 aufgewendeten Kosten zu.

9 Der Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V setzt ua voraus, dass dem Versicherten ein entsprechender Sachleistungsanspruch zugestanden hat (*stRspr*; vgl zB BSG vom 7.11.2006 - B 1 KR 24/06 R - BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12, RdNr 11 mwN). Daran fehlt es hier für den Zeitraum der Selbstbeschaffung vor dem 1.7.2021.

10 1. Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V). Von der Krankenbehandlung umfasst sind nach § 27a Abs 1 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Maßnahmen der Kryokonservierung von Keimzellen fallen hierunter nicht unmittelbar (*stRspr*; vgl zB BSG vom 25.5.2000 - B 8 KN 3/99 KR R - BSGE 86, 174 = SozR 3-2500 § 27a Nr 1; BSG vom 17.2.2010 - B 1 KR 10/09 R - SozR 4-2500 § 27 Nr 18 RdNr 15). § 27a Abs 4 SGB V erweitert aber den Anspruch auf Krankenbehandlung um die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs 1 SGB V vornehmen zu können (vgl BT-Drucks 19/6337 S 87 f). Reichweite und Gestalt des dadurch geregelten Leistungsanspruchs der Versicherten ergeben sich - wie bei fast allen Ansprüchen auf Krankenbehandlung - aus einem Zusammenspiel mit weiteren gesetzlichen und untergesetzlichen Rechtsnormen, einschließlich des Leistungserbringungsrechts (*stRspr*; vgl zB BSG vom 24.4.2018 - B 1 KR 13/16 R - BSGE 125, 262 = SozR 4-2500 § 137e Nr 1, RdNr 10 mwN). Dies sind hier insbesondere Richtlinien des GBA nach § 27a Abs 5 SGB V (*dazu a*) und deren Umsetzung im EBM-Ä nach § 87 SGB V (*dazu b*).

11 a) Zunächst setzt der Anspruch auf Kryokonservierung nach § 27a Abs 4 SGB V den Erlass der Richtlinien des GBA nach § 27a Abs 5 iVm § 92 Abs 1 Satz 1 und 2 Nr 10 SGB V voraus, in denen Regelungen über die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen zu treffen sind (vgl BSG vom 28.8.2024 - B 1 KR 21/23 R - SozR 4-2500 § 27a Nr 24 RdNr 10 mwN). Die Richtlinie des GBA zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädi-

gender Therapie vom 16.7.2020 (*BAnz AT 19.2.2021 B7; Kryo-RL*) ist am 20.2.2021 in Kraft getreten.

- 12 Der Senat hat bereits entschieden, dass der GBA nicht verpflichtet war, die konkretisierenden Regelungen rückwirkend in Kraft zu setzen (*kritisch hierzu etwa Schifferdecker, NZS 2025, 395*). Dies folgt bereits aus dem Wortlaut des § 27a Abs 5 SGB V. Danach ist der GBA (nur) ermächtigt, die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen zu regeln. Daraus lässt sich keine Kompetenz ableiten, über den Beginn des Leistungsanspruchs verbindlich zu entscheiden. Im Übrigen besteht der Leistungsanspruch Versicherter erst ab Umsetzung im EBM-Ä nach § 87 SGB V (*dazu b*).
- 13 b) Der Leistungsanspruch setzt die Umsetzung des Richtlinien-Beschlusses des GBA im EBM-Ä voraus. Dies ergibt sich aus einem Zusammenspiel von Regelungen des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts im SGB V (*dazu aa*). Etwas Abweichendes ist in § 27a Abs 4 SGB V nicht geregelt (*dazu bb*).
- 14 aa) Nach § 2 Abs 1 Satz 1 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die im Dritten Kapitel (§§ 11 - 68c SGB V) genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Soweit das SGB V oder das SGB IX nichts Abweichendes vorsieht, erhalten Versicherte diese Leistungen als Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V). Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels (§§ 69 - 140h SGB V) Verträge mit den Leistungserbringern (§ 2 Abs 2 Satz 3 SGB V). Kosten dürfen anstelle der Sach- oder Dienstleistung nach § 13 Abs 1 SGB V nur erstattet werden, soweit dies im SGB V oder im SGB IX vorgesehen ist.
- 15 Aus der im Gesetz angelegten Verzahnung des Leistungsrechts mit dem Leistungserbringungsrecht ergibt sich, dass Versicherte die im SGB V geregelten Leistungen grundsätzlich nur durch einen vertraglich eingebundenen Leistungserbringer erhalten können. Daher kann eine im Dritten Kapitel des SGB V geregelte Leistung ebenfalls grundsätzlich nur dann beansprucht werden, wenn ein mit den Krankenkassen nach den Regelungen des Vierten Kapitels des SGB V vertraglich verbundener Leistungserbringer zur Leistungserbringung zu Lasten der Krankenkassen berechtigt und verpflichtet ist. Die Verpflichtung zur Leistungserbringung setzt eine Vergütungsregelung voraus. Denn das Gesetz geht nicht davon aus, dass Leistungserbringer die Versicherten kostenfrei zu behandeln haben. Deshalb hängt im Regelfall der Sachleistungsanspruch der Versicherten von der Regelung eines Vergütungstatbestandes für die Leistungserbringung ab. Ohne einen solchen Vergütungstatbestand können Versicherte die Leistungen nicht beanspruchen und dürfen die Krankenkassen sie nicht vergüten (*vgl. BSG vom 16.5.2001 - B 6 KA 20/00 R - BSGE 88, 126, 128 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 146 f = juris RdNr 23 ff; BSG vom 17.6.2008 - B 1 KR 24/07 R - SozR 4-2500 § 13 Nr 17 RdNr 13 ff; BSG vom 30.11.2023 - B 3 KR*

2/23 R - BSGE 137, 141 = SozR 4-2500 § 33 Nr 59, RdNr 14 f mwN). Ausnahmen von diesem Grundsatz bedürfen einer gesetzlichen Regelung (§ 2 Abs 2 Satz 1 und § 13 Abs 1 SGB V).

- 16 Der konkrete Individualanspruch der Versicherten ergibt sich damit in Reichweite und Gestalt aus einem Zusammenspiel von Regelungen des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts mit weiteren gesetzlichen und untergesetzlichen Rechtsnormen (vgl. BSG vom 11.9.2018 - B 1 KR 7/18 R - BSGE 126, 277 = SozR 4-7610 § 812 Nr 8, RdNr 14 ff mwN). Zu diesen untergesetzlichen Rechtsnormen gehören ua die Bundesmantelverträge (insbesondere der Bundesmantelvertrag-Ärzte <BMV-Ä>) nach §§ 82 ff SGB V und als deren Bestandteile die Richtlinien des GBA nach § 92 und §§ 135 ff SGB V (vgl. § 92 Abs 8 und § 82 Abs 1 Satz 2 SGB V; zur Verbindlichkeit nach § 91 Abs 6 SGB V: zB BSG vom 26.9.2006 - B 1 KR 3/06 R - SozR 4-2500 § 27 Nr 10 RdNr 15; BSG vom 14.10.2014 - B 1 KR 33/13 R - BSGE 117, 94 = SozR 4-2500 § 137 Nr 5, RdNr 22; BSG vom 25.2.2015 - B 3 KR 10/14 R - juris RdNr 20) und - als deren Bestandteil - der EBM-Ä nach § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V. Er bestimmt ua den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen (§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V). Versicherte haben einen Sachleistungsanspruch folglich grundsätzlich, das heißt vorbehaltlich eines Systemversagens, erst dann, wenn das Leistungserbringungsrecht hierfür eine Vergütung der Leistungserbringer regelt, etwa durch Umsetzung des Leistungsanspruchs im EBM-Ä (so für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bereits BSG vom 7.5.2013 - B 1 KR 44/12 R - BSGE 113, 241 = SozR 4-2500 § 13 Nr 29, RdNr 13 mwN; BSG vom 2.9.2014 - B 1 KR 11/13 R - BSGE 117, 10 = SozR 4-2500 § 13 Nr 32, RdNr 13 mwN; LSG Nordrhein-Westfalen vom 30.4.2025 - L 10 KR 383/24 - juris RdNr 35 ff mwN auch zur Gegenansicht; aA Bayerisches LSG vom 30.1.2024 - L 5 KR 377/22 - juris RdNr 46 ff).
- 17 Bestätigt wird diese Auslegung durch die Entstehungsgeschichte des § 87 Abs 5b Satz 1 und 2 SGB V (dazu <1>) sowie durch systematische Erwägungen (dazu <2>).
- 18 (1) Nach § 87 Abs 5b Satz 1 SGB V ist der EBM-Ä innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Beschlüsse des GBA über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 iVm § 135 Abs 1 SGB V anzupassen. Entsprechendes gilt für weitere Richtlinienbeschlüsse des GBA, die eine Anpassung des EBM-Ä erforderlich machen (§ 87 Abs 5b Satz 2 SGB V). Das Gesetz geht damit davon aus, dass bis zu sechs Monate nach Erlass einer Richtlinie durch den GBA keine Vergütungsregelung besteht und damit keine Leistungserbringung als Sachleistung möglich ist. Nach der oben dargestellten Konzeption des Gesetzes können Versicherte die Sachleistung daher vorher nicht beanspruchen.
- 19 Die Vorschrift wurde durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) vom 16.7.2015 (BGBl I 1211) zum 23.7.2015 in das SGB V eingefügt. Zuvor hatte der Senat durch Urteil vom 2.9.2014 (B 1 KR 11/13 R - BSGE 117, 10 = SozR 4-2500 § 13 Nr 32, RdNr 13 ff) entschieden, dass von der Leistungspflicht der GKV neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 Abs 1 Satz 1 SGB V grundsätzlich nur dann umfasst sind, wenn zunächst der GBA in Richtlinien nach

§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben und der Bewertungsausschuss sie zudem zum Gegenstand des EBM-Ä gemacht hat. Wegen Systemversagens hatte er allerdings einen Kostenerstattungsanspruch des Versicherten angenommen. Durch die Neuregelung in § 87 Abs 5b SGB V sollte in dieser Situation, aufbauend auf einem in der Begründung des Gesetzentwurfs genannten Verfahrensbeschluss des Bewertungsausschusses, die Umsetzung von Richtlinien des GBA im EBM-Ä innerhalb von sechs Monaten sichergestellt werden. Damit sollte auch der mit zunehmender Beratungszeit steigenden Unsicherheit begegnet werden, "inwieweit die bereits vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können" (*vgl BT-Drucks 18/4095 S 95 f*). Dem lässt sich entnehmen, dass der Gesetzgeber davon ausging, dass ein Leistungsanspruch zulasten der GKV grundsätzlich zunächst die Umsetzung im EBM-Ä voraussetzt und andernfalls - als Kostenerstattungsanspruch wegen Systemversagens - erst nach längerer Beratungszeit entstehen kann.

20 (2) Auch systematische Erwägungen sprechen für eine Abhängigkeit des Leistungsanspruchs der Versicherten von einer Umsetzung im EBM-Ä. So gewährt § 87 Abs 2a Satz 11 SGB V den Versicherten das Recht, Leistungen nach § 27b SGB V (Zweitmeinung) gegen Kostenerstattung nach § 13 Abs 1 SGB V in Anspruch zu nehmen, sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des GBA nach § 27b Abs 2 SGB V keine Regelung im EBM-Ä getroffen wurde (*vgl hierzu Knispel, jurisPR-SozR 13/2024 Anm 2*). Hierbei handelt es sich um eine abweichende Regelung iS des § 13 Abs 1 SGB V, die für § 27a Abs 4 SGB V aber fehlt. Ähnliches gilt nach § 87 Abs 5c Satz 4 SGB V für die Inanspruchnahme digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (*vgl hierzu Knispel, jurisPR-SozR 13/2024 Anm 2; Schröder in BeckOK SozR, § 87 SGB V RdNr 47, Stand 1.3.2026; vgl auch BT-Drucks 19/13438 S 50*).

21 bb) § 27a Abs 4 SGB V regelt keine Abweichung von den dargestellten Grundsätzen des Sachleistungsprinzips (*vgl § 13 Abs 1 SGB V*). Der Senat hat bereits entschieden, dass diese Vorschrift an das für die Krankenbehandlung nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V geltende Leistungsrecht anknüpft (*vgl hierzu ausführlich BSG vom 28.8.2024 - B 1 KR 21/23 R - SozR 4-2500 § 27a Nr 24 RdNr 9 ff mwN*). Der Gesetzgeber griff hierzu auf das Konzept der Methodenbewertung nach § 135 SGB V (*vgl hierzu BSG vom 19.10.2023 - B 1 KR 16/22 R - BSGE 137, 69 = SozR 4-2500 § 135 Nr 32, RdNr 25 f mwN*) zurück und erweiterte dieses auf die Kryokonservierung (*so BT-Drucks 19/6337 S 88*). Danach ist es Aufgabe des GBA als fachkundig besetztem Gremium, die sachgerechte Anwendung der Methoden durch die Aufstellung von Qualitätsanforderungen zu sichern. Eine Abweichung von dieser Konzeption regelt § 27a Abs 4 SGB V nur insoweit, als dem GBA kein Gestaltungsspielraum hinsichtlich der grundsätzlichen Aufnahme der Kryokonservierung von Eizellen, Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen in den GKV-Leistungskatalog für die Fälle zukommt, in denen die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie einerseits medizinisch notwendig erscheint, um später medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs 1 SGB V vornehmen zu können, und andererseits

die in § 27a Abs 3 Satz 1 SGB V bestimmten Altersbeschränkungen eingehalten sind. § 27a Abs 4 SGB V dispensiert damit zwar vom Erfordernis eines regelwidrigen Körper- und Geisteszustands, nicht jedoch von der Beachtung der allgemeinen Vorgaben für die Leistungen der GKV (vgl BSG vom 28.8.2024 - B 1 KR 21/23 R - SozR 4-2500 § 27a Nr 24 RdNr 11). Dazu gehört auch das Sachleistungsprinzip nach § 2 Abs 2 Satz 1 SGB V.

- 22 2. Ein Vergütungsanspruch der Leistungserbringer folgt hier auch nicht ausnahmsweise aus der Anspruchsnorm selbst. Der Senat hat einen Vergütungsanspruch der Leistungserbringer unmittelbar aus der Anspruchsnorm nur in dem eng begrenzten Ausnahmefall der ambulanten Entbindung im Krankenhaus nach § 24f SGB V angenommen (vgl BSG vom 20.2.2025 - B 1 KR 6/24 R - SozR 4-2500 § 24f Nr 2 RdNr 23). Er hat dies aus dem Fehlen leistungserbringungsrechtlicher Vorschriften über die Erbringung und Vergütung einer ambulanten Entbindung in den §§ 115 ff SGB V abgeleitet. Aus diesem Fehlen lässt sich nicht der Schluss ziehen, dass der in § 24f SGB V ausdrücklich geregelte Anspruch auf ambulante Entbindungen im Krankenhaus überhaupt nicht besteht, oder die Krankenhäuser verpflichtet wären, die Versicherten kostenfrei zu behandeln.
- 23 Mit § 87 SGB V existieren im Falle der Kryokonservierung aber Vorschriften des Leistungserbringungsrechts, die auch dazu geführt haben, dass die Abrechnungsmöglichkeit nach EBM-Ä und damit auch der Leistungsanspruch der Versicherten ab dem 1.7.2021 besteht. Für die Zeit davor kommt ein Anspruch folglich allenfalls aus dem Gesichtspunkt des Systemversagens in Betracht. Auch die insoweit maßgeblichen Voraussetzungen liegen indes hier nicht vor (*dazu sogleich unter 3.*).
- 24 3. Die Klägerin kann einen Anspruch nicht aus dem Gesichtspunkt des Systemversagens ableiten.
- 25 a) Nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung in der entstandenen Höhe, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und Versicherten dadurch Kosten für eine notwendige selbstbeschaffte Leistung entstanden sind. Nach der Rechtsprechung des Senats erfasst die Regelung über den ausdrücklich geregelten Kostenerstattungsanspruch hinaus auch die zukünftige Kostenfreistellung bei einer Lücke im Naturalleistungssystem, die verhindert, dass Versicherte sich die begehrte Leistung im üblichen Weg der Naturalleistung verschaffen können (vgl zB BSG vom 2.9.2014 - B 1 KR 3/13 R - BSGE 117, 1 = SozR 4-2500 § 28 Nr 8, RdNr 11 mwN; BSG vom 17.12.2020 - B 1 KR 19/20 R - SozR 4-2500 § 15 Nr 3 RdNr 7; vgl dazu auch Estelmann in Berchtold/Karmanski/Richter, *Prozesse in Sozialsachen*, 3. Aufl 2024, § 13 RdNr 15 f). Der Anspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (stRspr; vgl zB BSG vom 2.9.2014 - B 1 KR 3/13 R - BSGE 117, 1 = SozR

4-2500 § 28 Nr 8, RdNr 15 mwN). Die Vorschrift soll hingegen keine Umgehung des für die Leistungsveranschaffung im Gesetz vorgesehenen Verfahrens ermöglichen. Haben alle Akteure - wie hier der GBA und der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V - das im Gesetz vorgesehene Verfahren eingehalten, liegt kein Systemversagen vor. Das Gesetz geht davon aus, dass Versicherte eine Leistung nicht als Sachleistung erhalten können, solange regelhaft die hierfür notwendigen Vorschriften des Leistungserbringungsrechts noch nicht erlassen wurden. Ein Systemversagen liegt daher hier im Hinblick auf die Umsetzung im EBM-Ä nicht vor. Der Bewertungsausschuss hat den Vergütungstatbestand für die ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Kryokonservierung innerhalb von sechs Monaten und damit fristgerecht im EBM-Ä geregelt.

- 26 b) Ein Systemversagen liegt auch nicht im Hinblick auf die vorherige Umsetzung des gesetzlichen Anspruchs nach § 27a Abs 4 SGB V durch den GBA in seiner Richtlinie vor. Der GBA ist im vorliegenden Fall nicht rechtswidrig untätig geblieben, sondern hat das Beratungsverfahren zeitnah nach Inkrafttreten des § 27a Abs 4 SGB V eingeleitet und abgeschlossen.
- 27 Ein Systemversagen liegt nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats zu § 135 SGB V insbesondere dann vor, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. In einem solchen Fall kann eine Leistungspflicht ausnahmsweise ungeachtet des in § 135 Abs 1 SGB V aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt bestehen. Diese Durchbrechung beruht darauf, dass in solchen Fällen die in § 135 Abs 1 SGB V vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (vgl. BSG vom 7.5.2013 - B 1 KR 44/12 R - BSGE 113, 241 = SozR 4-2500 § 13 Nr 29, RdNr 17 mwN; BSG vom 28.8.2024 - B 1 KR 21/23 R - SozR 4-2500 § 27a Nr 24 RdNr 17 ff).
- 28 Der GBA ist im vorliegenden Fall indes nicht rechtswidrig untätig geblieben, sondern hat das Beratungsverfahren mit Beschluss vom 4.7.2019 und damit zeitnah nach Inkrafttreten des § 27a Abs 4 SGB V (11.5.2019) eingeleitet und mit Beschlüssen vom 16.7.2020 und vom 17.12.2020 (BANz AT 19.2.2021 B7) mit Wirkung zum 20.2.2021 abgeschlossen. Es kann offenbleiben, ob im vorliegenden Fall die Fristen nach § 135 Abs 1 Satz 4 und 5 SGB V anwendbar sind (die hier eingehalten wären). Jedenfalls bestehen keine Anhaltspunkte für eine sachwidrige Verzögerung des Verfahrens durch den GBA. Ob eine solche im Rahmen eines hypothetischen Kausalverlaufs auf eine für sich genommen fristgerechte Umsetzung im EBM-Ä durchschlagen würde, kann daher hier offenbleiben.
- 29 4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.