
Datum: 10.01.2007
Gericht: Sozialgericht Detmold
Spruchkörper: 3. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 3 (5) KR 47/06
ECLI: ECLI:DE:SGDT:2007:0110.S3.5KR47.06.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 5 KR 20/07
Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

- Tatbestand: 1
- Die Kläger begehren von der Beklagten die Erstattung von Kosten, die im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung entstanden sind und die Feststellung, dass die Beklagte auch zukünftig entstehende Kosten zu übernehmen hat. 2
- Die Klägerin zu 1), geboren am 00.00.1973, und der Kläger zu 2), geboren am 00.00.1972 sind verheiratet und bei der Beklagten gegen Krankheit versichert. Beim Kläger zu 2) wurde in der Vergangenheit Zeugungsunfähigkeit diagnostiziert. 3
- Die Beklagte hat bei den Klägern bis zum Jahre 2005 drei Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach der Intracytoplasmatischen Spermieninjektionsmethode (ICSI) teilweise finanziert. Alle drei Versuche verliefen erfolglos, wobei die letzte Behandlung im Dezember 2003 bei Prof. Dr. A, Institut für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, C, Österreich, stattfand. 4
- Im Dezember 2005 beantragten die Kläger bei der Beklagten die Übernahme von Kosten einer erneuten ICSI-Behandlung. Sie gaben an, dass aufgrund einer privat finanzierten vierten ICSI-Behandlung es zu einer Eileiterschwangerschaft bei der Klägerin zu 1) gekommen sei. Dies führe nun dazu, dass die Beklagte neue ICSI-Versuche mitfinanzieren 5

müsse.

Mit Bescheid vom 09.01.2006 teilte die Beklagte den Klägern mit, dass die Kosten einer erneuten ICSI-Behandlung nicht übernommen werden könnten. Eine Eileiterschwangerschaft führe lediglich dazu, dass diese nicht auf die Höchstzahl angerechnet werde und damit grundsätzlich ein erneuter Anspruch auf einen zweiten oder dritten Versuch bestünde. Bei den Klägern sei eine solche Maßnahme jedoch bereits dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden. 6

Hiergegen haben die Kläger mit der Begründung Widerspruch eingelegt, die Auslegung der Beklagte verstoße gegen geltendes Recht. Im vierten ICSI-Versuch sei eine klinische Schwangerschaft eingetreten, die einen Anspruch auf drei neue Behandlungen begründe. 7

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 08.03.2006 als unbegründet zurück. Sie beruft sich insbesondere auf Ziffer 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ("Richtlinien über künstliche Befruchtung"). Danach bestünde keine hinreichende Erfolgsaussicht für eine weitere Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn bereits drei ICSI-Versuche erfolglos gewesen seien. 8

Am 21.03.2006 haben die Kläger Klage erhoben. Sie vertreten weiterhin die Auffassung, dass die im vierten ICSI-Versuch eingetretene Eileiterschwangerschaft einen Anspruch auf weitere, von der Beklagten mitfinanzierte, ICSI-Versuche begründe. Die gesetzliche Vermutung der fehlenden Erfolgsaussicht sei widerlegbar. Im Übrigen sei auch zu berücksichtigen, dass die dritte ICSI-Behandlung nicht in Deutschland, sondern in Österreich stattgefunden habe. Nach der geltenden Rechtslage dürften jedoch ICSI-Behandlungen nur bei zertifizierten Ärzten durchgeführt werden. Die Beklagte dürfe sich deshalb nicht auf die bisher von ihr mitfinanzierten drei erfolglosen ICSI-Behandlungen berufen. Vom 24.03.2006 bis zum 22.05.2006 begaben sich die Kläger bei der E Klinik in C1 in ärztliche Behandlung. Bei der fünften ICSI-Behandlung kam es zum Eintritt einer Schwangerschaft bei der Klägerin zu 1). Den Klägern wurden hierfür Kosten in Höhe von insgesamt 4.098,83 EUR in Rechnung gestellt. Einen erneuten Antrag der Kläger vom April 2006 auf Kostenübernahme wies die Beklagte mit Bescheid vom 02.05.2006 zurück. Am 09.01.2007 hat die Klägerin zu 1) ein Kind entbunden. 9

Die Kläger beantragen, 10

1. die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 09.01.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.03.2006 sowie des Bescheides vom 02.05.2006 zu verurteilen, an sie einen Betrag in Höhe von 2.048,92 EUR nebst 4 % Zinsen hierauf seit Rechtshängigkeit zu zahlen, 11

2. festzustellen, dass die Beklagte gegenüber den Klägern als Gesamtschuldner verpflichtet ist, Kosten für drei weitere ICSI-Behandlungsversuche zu 50 % zu tragen, soweit die weiteren Voraussetzungen nach § 27 a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vorliegen. 12

Die Beklagte beantragt, 13

die Klage abzuweisen. 14

Sie vertritt die Auffassung, dass selbst nach einer erfolgreichen Geburt kein Anspruch der Kläger auf eine teilweise Finanzierung für drei neue ICSI-Behandlungen bestünde. Die Kläger 15

dürften sich nicht darauf berufen, dass ein Versuch in Österreich stattgefunden habe. Zum damaligen Zeitpunkt hätten sich die Kläger selbst für eine derartige Behandlung entschieden. Zuvor habe die Beklagte die Voraussetzungen des § 121a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ausdrücklich geprüft und bejaht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte Bezug genommen. Die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. 16

Entscheidungsgründe: 17

Die Klage ist zulässig. Dies gilt auch für den durch die Kläger erhobenen Feststellungsantrag. 18
Zwar ist die Feststellungsklage gemäß § 55 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gegenüber einer Anfechtungs- oder Verpflichtungsklage subsidiär. Der Subsidiaritätsgrundsatz gilt jedoch dann nicht, wenn durch die gerichtliche begehrte Feststellung eine abschließende Streitbeilegung möglich erscheint. Die Beklagte hat im Rechtsstreit keine klare Linie zu der Frage vertreten, ob eine erfolgreiche Schwangerschaft bzw. Geburt einen neuen Anspruch auf drei weitere ICSI-Behandlungen eröffnet. Dies ergibt sich aus ihrem Schriftsatz vom 28.12.2006 und aus ihren Erklärungen im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 10.01.2007. Zur Vermeidung weiterer gleichgelagerter Verfahren für den Fall eines erneuten Antrags der Kläger war unter klägerfreundlicher Auslegung des § 55 SGG die Feststellungsklage als zulässig anzusehen. Der Bescheid der Beklagten vom 02.05.2006 ist nach Auffassung der Kammer Gegenstand des Verfahrens gemäß § 96 SGG geworden.

Die Klage ist jedoch nicht begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 09.01.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.03.2006 und der Bescheid vom 02.05.2006 sind rechtmäßig und verletzen die Kläger nicht im Sinne des § 54 SGG in ihren Rechten. Die 19
Kläger haben keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die fünfte ICSI-Behandlung in Höhe von 2.048,92 EUR. Die Beklagte ist auch nicht verpflichtet, die Kosten für drei weitere ICSI-Behandlungen nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften zu tragen.

Nach § 13 Abs. 3 SGB V sind Versicherten Kosten für selbstbeschaffte Leistungen dann zu 20
erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alternative) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alternative) und dem Versicherten dadurch Kosten entstanden sind.

Vorliegend kommt ein Kostenerstattungsanspruch nur nach der 2. Alternative in Betracht. Als 21
Ausnahme des in der gesetzlichen Krankenversicherung vorherrschenden Sachleistungsprinzips (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V) ist ein Kostenerstattungsanspruch immer dann gegeben, wenn die Krankenkasse eine notwendige Sachleistung zu Unrecht abgelehnt und der Versicherte sich dann diese Sachleistung selbst beschafft hat. Diese Voraussetzungen liegen hier jedoch nicht vor. Zur Vermeidung unnötiger Wiederholungen nimmt das Gericht gemäß § 136 Abs. 3 SGG Bezug auf die Ausführungen der Beklagten in den angefochtenen Bescheiden, erklärt diese für richtig und sieht insoweit von einer weiteren Begründung ab. Ergänzend wird noch auf folgendes hingewiesen: Streitig ist hier das Vorliegen der Voraussetzungen des § 27 a Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Durch Art. 1 Nr. 14 Buchst. a - c des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 (Bundesgesetzblatt I 2003, 2190) wurde diese Vorschrift mit Wirkung zum 01.01.2004 wie folgt geändert: " Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme

dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist." In der davor geltenden weiteren Fassung hatte das Gesetz noch festgelegt, dass eine Erfolgsaussicht in der Regel nicht bestehe, wenn die künstliche Befruchtung viermal erfolglos versucht wurde. Zur Begründung war damals darauf verwiesen worden, dass nach vier vergeblichen Versuchen die Erfolgsaussichten deutlich zurückgehen. Grund für die Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen war das Bestreben des Gesetzgebers, die Ausgaben für künstliche Befruchtungen auf die Fälle medizinischer Notwendigkeit zu begrenzen, die er aber bereits nach drei vergeblichen Versuchen nicht mehr gegeben sah. Da die Textstelle "in der Regel" in der jetzt gültigen Gesetzesfassung entfallen ist, besteht nach drei misslungenen Versuchen auch keine Möglichkeit mehr, Leistungen unter Bejahung eines Ausnahmefalles zu gewähren (vgl. Höfler in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 27a SGB V Rdz. 15). Die gesetzliche Vermutung der fehlenden Erfolgsaussicht ist nach dem klaren Gesetzeswortlaut nicht widerlegbar. Die Beklagte hat vorliegend die Kosten der ersten drei ICSI-Behandlungen nach den gesetzlichen Vorgaben übernommen. Diese haben unstreitig alle nicht zum Eintritt einer Schwangerschaft geführt. Die Kammer teilt nicht die Auffassung der Kläger, wonach die dritte ICSI-Behandlung in Österreich nicht mitgezählt werden dürfe. Die Behandlung bei Prof. Dr. A beim Institut für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie in C ist damals auf ausdrücklichen Wunsch der Kläger vorgenommen worden. Sie haben die Kosten für diesen Versuch unter Hinweis auf die in Österreich bestehenden höheren Erfolgsraten bei der Beklagten geltend gemacht. Die Beklagte hat nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und nach Befragung von Prof. Dr. A zum angewandten Verfahren entschieden, dass die gesetzlichen Vorgaben zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27 a SGB V erfüllt werden. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass Prof. Dr. A in Österreich durch die dortigen Krankenkassen zugelassener Leistungserbringer für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung ist.

Ein anderes Ergebnis ergibt sich auch nicht aus den Richtlinien über die künstliche Befruchtung. In der ab dem 15.02.2006 geltenden Fassung (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 31, Seite 922 vom 14.02.2006) heißt es unter Ziff. 8 Satz 2, eine hinreichende Erfolgsaussicht bestehe für die jeweiligen Behandlungsmaßnahmen dann nicht, wenn sie bei der ICSI bis zu dreimal vollständig durchgeführt wurde, ohne dass eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist. Zusätzlich hat der GBA mit Beschluss vom 16.11.2005 klargestellt, was im Sinne der Richtlinie als erfolgreicher Versuch einer künstlichen Befruchtung gilt, nämlich der klinische Nachweis der Schwangerschaft, unabhängig davon, ob es nachfolgend zur Geburt eines Kindes gekommen ist (vgl. Die Leistungen 1/2006, Seite 56 ff.). Offenbleiben kann aus Sicht der Kammer die Entscheidung darüber, ob die im vierten ICSI-Versuch eingetretene Eileiterschwangerschaft eine klinische Schwangerschaft im Sinne der Richtlinien darstellt. Entscheidend ist allein, dass die ersten drei ICSI-Versuche erfolglos geblieben sind. Dies hat die (nicht widerlegbare) gesetzliche Vermutung der fehlenden Erfolgsaussicht weiterer ICSI-Behandlungen zur Folge, auch wenn diese zunächst von den Betroffenen privat finanziert werden. Die Kläger weisen zwar zu Recht darauf hin, dass die Zahl der Schwangerschaften aufgrund von Maßnahmen nach § 27a Abs. 1 SGB V keiner Beschränkung unterliege. Deshalb seien nach einer durch eine erfolgreiche Befruchtung herbeigeführten Schwangerschaft neue Maßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zulässig, soweit die Voraussetzungen des Abs. 1 erfüllt sind (vgl. auch Bundestagsdrucksache 11/6760 vom 31.03.1990 und die Ausführungen im Urteil des Bundessozialgerichts vom 03.04.2001, B 1 KR 40/00). Nach Auffassung der Kammer sind davon jedoch nur solche Sachverhaltskonstellationen betroffen, in denen innerhalb der ersten drei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung eine Schwangerschaft eingetreten ist. Ein solcher Fall liegt hier jedoch nicht vor. Selbst wenn die im vierten ICSI-Versuch eingetretene Eileiterschwangerschaft eine klinische Schwangerschaft im Sinne des Gesetzes darstellen

sollte, würde es für den fünften ICSI-Versuch an den übrigen Voraussetzungen des § 27a Abs. 1 SGB V fehlen. Dieser setzt in Nr. 2 nämlich eine hinreichende Erfolgsaussicht voraus, welche (unwiderlegbar) nach drei erfolglosen Versuchen nicht mehr besteht.

Die Beklagte war deshalb nicht verpflichtet, die Kosten für die fünfte ICSI-Behandlung zu 50 % zu übernehmen. Sie hat den entsprechenden Antrag der Kläger zu Recht abgelehnt. Ein Kostenerstattungsanspruch gemäß § 13 Abs. 3 zweite Alternative SGB V scheidet aus. 23

Die Beklagte ist ebensowenig verpflichtet, für weitere ICSI-Behandlungen Kosten zu 50 % zu erstatten. Der diesbezügliche Feststellungsantrag der Kläger gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG ist unbegründet. Wie bereits ausgeführt, hat das Gericht das Recht anzuwenden, das im Zeitpunkt der Entscheidung gilt. Nach der ab dem 01.01.2004 geltenden Fassung des § 27a Abs. 1 Nr. 2 SGB V muss für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft eine hinreichende Erfolgsaussicht bestehen. Eine solche Erfolgsaussicht besteht (unwiderlegbar) nicht mehr, wenn drei Behandlungsmaßnahmen ohne Erfolg durchgeführt worden sind. So liegt hier der Fall. Die Beklagte hat in der Vergangenheit drei ICSI-Behandlungsversuche der Kläger anteilig finanziert. Damit ist ihre Leistungsverpflichtung erschöpft. Auch durch die Eileiterschwangerschaft im vierten Versuch, bzw. die Geburt eines Kindes im fünften Versuch werden keine neuen Ansprüche auf weitere Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung begründet. Die Kammer verweist hierzu auf die Ausführungen zum Kostenerstattungsanspruch der Kläger. 24

Durch dieses Ergebnis werden auch die Grundrechte der Kläger nicht verletzt. 25

Nach Art. 6 Abs. 1 Grundgesetz (GG) stehen Ehe und Familie unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung. Dieses Grundrecht gewährleistet einerseits Schutz vor störenden Eingriffen des Staates und ist andererseits eine Institutsgarantie und wertentscheidende Grundsatznorm. Das Grundrecht vermittelt aber regelmäßig keine konkreten Leistungsansprüche. Kann eine solche Gemeinschaft aufgrund des krankhaften Zustandes eines Partners jedoch nicht begründet werden, wird der Schutzbereich dieses Grundrechts nicht berührt, denn eine Familie als Gemeinschaft von Eltern und Kindern soll durch eine ausgleichende Maßnahme überhaupt erst geschaffen werden (vgl. Bundesverfassungsgericht -BVerfGE 82, 60). 26

Auch das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) wird nicht verletzt. Diese Vorschrift gewährt dem Versicherten zwar die freie Selbstbestimmung über ärztliche Heileingriffe und belässt ihm die Entscheidung über die in seinem Fall anzuwendende Therapie. Aus diesem Grundrecht kann jedoch kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf Bereitstellung entsprechender medizinischer Versorgung oder auf Gewährung finanzieller Leistungen hierfür abgeleitet werden. Die aus dieser Grundrechtsnorm resultierende objektiv-rechtliche Pflicht des Staates sich schützend und fördernd vor dieses Rechtsgut zu stellen, beschränkt sich darauf, dass die öffentliche Gewalt Vorkehrungen zum Schutz des Grundrechts trifft, die nicht völlig ungeeignet oder völlig unzulänglich sind (BVerfGE 88, 203). Da § 27a SGB V die ICSI-Therapie als krankenversicherungsrechtliche Leistung nicht grundsätzlich ausschließt, scheidet eine Verletzung von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG aus. 27

Art. 3 Abs. 1 GG, der gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln, wird ebenfalls nicht verletzt. Dem Gesetzgeber ist nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt das Grundrecht nur dann, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu einer anderen Gruppe von Normadressaten anders behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen können (BVerfGE 102, 41). § 27a SGB V gewährt allen 28

Versicherten im Fall einer Fertilitätsstörung die von den Klägern geltend gemachte Maßnahme in gleicher Weise und im gleichen Umfang. Wenn das Gesetz hierbei nicht zwischen bestimmten Fertilitätsstörungen unterscheidet oder besonders schwerwiegende Fertilitätsstörungen nicht anders behandelt, liegt darin noch kein Verstoß gegen den Gleichheitssatz. Der Gesetzgeber durfte vielmehr davon ausgehen, dass gerade bei schwerwiegenden Fertilitätsstörungen eine hinreichende Aussicht auf Herbeiführung einer Schwangerschaft bei dreimaligem erfolglosem Versuch nicht mehr besteht. Eine Verpflichtung des Gesetzgebers deswegen für diesen Personenkreis darüber hinausgehende Maßnahmen vorzusehen, ist aus Art. 3 Abs. 1 GG nicht herzuleiten. Es obliegt insoweit dem Gesetzgeber im Rahmen seines Ermessens, die Grenzen festzulegen, innerhalb derer er eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung einer solchen Erkrankung als gewährleistet ansieht.

Art. 20 Abs. 1 GG, wonach die Bundesrepublik Deutschland u.a. ein sozialer Bundesstaat ist, führt gleichfalls nicht zum Erfolg. Das Sozialstaatsprinzip schließt zwar notwendig die soziale Hilfe für alle Mitbürger ein, die wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen an ihrer persönlichen und sozialen Entfaltung gehindert sind. Die staatliche Gemeinschaft muss ihnen die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein sichern. Es liegt hierbei grundsätzlich in der Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers zu entscheiden, in welchem Umfang soziale Hilfe unter Berücksichtigung der vorhandenen Mittel und anderer gleichrangiger Staatsaufgaben gewährt werden kann und soll (BVerfGE 82,60). Angesichts der erheblichen Schwierigkeiten, die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren und die Anlass für das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 und damit für die Änderung des § 27a SGB V gewesen sind, überschreitet der Gesetzgeber seinen Gestaltungsspielraum nicht, wenn er einzelne Leistungen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich ihres Umfangs beschränkt. Dadurch werden die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein nicht berührt (vgl. zu allem: Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 31.01.2006, L 24 KR 43/05).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

30