

L 11 KR 2667/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 4157/05
Datum
29.03.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 2667/06
Datum
19.09.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29. März 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte die vollen Kosten für eine künstliche Befruchtung zu tragen hat.

Die 1969 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Am 29.01.2004 genehmigte die Beklagte den vorgelegten Behandlungs-/Kostenplan des Gynäkologen Dr. S. bezüglich einer Insemination nach hormoneller Stimulation bei idiopathischer Sterilität für einen geplanten Zyklus.

Nach Vorlage des Behandlungsplans von Dr. S. vom 15.03.2004 für eine In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (Gesamtkosten pro Zyklusfall geschätzt 3.369,22 EUR) gab die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 18.03.2004 eine Kostenzusage für die künstliche Befruchtung. Für die ärztliche Behandlung würden bis zu 50 % je Behandlungsversuch erstattet. Es wurde darauf hingewiesen, dass maximal drei Behandlungsversuche zugesagt und bis zu 50 % der vertraglich vereinbarten Sätze erstattet werden könnten und dass die Apotheke der Klägerin für die wegen der künstlichen Befruchtung erforderlichen Arzneimittel einen Eigenanteil von 50 % berechne.

Am 03.03.2005 beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für Kinderwunschbehandlungen (Insemination/IVF), was die Beklagte mit Bescheid vom 07.03.2005 ablehnte, da die Kostenübernahme auf maximal drei Behandlungsversuche und die entsprechenden vertraglichen Leistungen begrenzt sei.

Den hiergegen ohne nähere Begründung eingelegten Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15.04.2005 zurück: Es seien bereits drei Versuche der künstlichen Befruchtung durchgeführt worden, weshalb nach [§ 27 a](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) kein Anspruch auf weitere Kostenübernahme bestehe.

Mit Schreiben vom 23.08.2005 stellte der zwischenzeitlich eingeschaltete Prozessbevollmächtigte der Klägerin klar, dass nicht die Kostenübernahme für weitere Versuche der Kinderwunschbehandlung, sondern ausschließlich die Kostenübernahme zu 100 % bezüglich der bereits mit 50-prozentiger Kostenübernahme zugesagten Versuche begehrt werde.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.09.2005 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 18.03.2004 als unbegründet zurück: Nach [§ 27 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) übernehme die Kasse 50 v.H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme. In dieser Höhe sei die Kostenzusage im Bescheid vom 18.03.2004 erfolgt. Eine Fehllegung der Rechtsnormen sei nicht feststellbar.

Deswegen erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) mit der Begründung, die Beklagte sei verpflichtet, die Kosten der Kinderwunschbehandlung zu 100 % zu übernehmen. Die Begrenzung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf drei Versuche zu 50 % sei verfassungswidrig. Die Regelung des [§ 27 a Abs. 3 SGB V](#) stelle ein ungerechtfertigtes und unzumutbares Sonderopfer von Ehepartnern und Familien als Beitrag zur Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung dar und verstoße gegen elementare Verfassungsgrundsätze, insbesondere das spezielle Diskriminierungsverbot aus dem Schutzauftrag des Staates gegenüber Ehe und Familie aus [Art. 6 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG). Das GKV-Modernisierungsgesetz stelle ausschließlich Ehepaare mit Kinderwunsch gegenüber anderen Patientengruppen schlechter. Die Ehepartner mit Kinderwunsch würden zur Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung besonders belastet. Vom

Vorsitzenden des Bundesverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren werde aufgrund der Neuregelung ein Anstieg der Mehrlingsgeburten mit einer daraus resultierenden Kostenerhöhung befürchtet, da potentielle Eltern unter dem Kostendruck versucht sein würden, die rechtlich mögliche maximale Anzahl befruchteter Eizellen implantieren zu lassen, um so die Chancen einer Geburt zu erhöhen. Die Nichtanwendung der sonst geltenden Obergrenze für Selbstbeteiligungen von 2 % des Jahreseinkommens stelle eine weitere Schlechterstellung von Familien gegenüber Nicht-Familien dar. Auch das Gleichbehandlungsgebot aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) sei durch die Reduktion der Kostenübernahme auf 50 % verletzt, da eine unsachgemäße Differenzierung zwischen zwei gleichen Sachverhalten vorgenommen werde. Grundsätzlich übernehme die gesetzliche Krankenkasse auch noch nach der Gesundheitsreform die Kosten einer notwendigen medizinischen Behandlung, bei einer künstlichen Befruchtung jedoch nur noch 50 %, obwohl es sich auch dabei nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH), des Bundessozialgerichts (BSG) und des Bundesfinanzhofs (BFH) um eine Heilbehandlung handle. Die künstliche Befruchtung der Eizellen der Frau mit dem Sperma ihres Mannes vermöge einem Ehepaar zu einem (genetisch) gemeinsamen Kind zu verhelfen und damit die Folgen eines anormalen körperlichen Zustandes der Frau - nämlich ihre Unfähigkeit, durch einen Zeugungsakt von ihrem Ehemann Kinder zu empfangen - zu überwinden. Ohne Belang sei, dass die künstliche Befruchtung nicht die Empfängnisunfähigkeit der Frau "heile", sondern lediglich unbeschadet fortbestehender Empfängnisunfähigkeit eine Schwangerschaft mittels ärztlicher Kunst herbeiführe. Der Gleichheitssatz sei auch durch die Ungleichbehandlung von besser und schlechter Verdienenden verletzt. Die Gesundheitsreform wolle weiterhin dauerhaft die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung garantieren, unabhängig vom Einkommen des Patienten. Durch die Einschränkung des Anspruchs auf 50 %-ige Kostenübernahme sei die notwendige medizinische Versorgung im Bereich der künstlichen Befruchtung jedoch denjenigen Einkommensgruppen verwehrt, die die übrigen 50 % nicht aufbringen könnten. Durchschnittlich koste eine Behandlung 2.500,- EUR, wobei meist mehrere Behandlungen notwendig seien. Darüber hinaus sei auch das Recht auf Familiengründung aus [Art. 6 Abs. 1 GG](#) verletzt, denn die Neuregelung stelle einen Eingriff in diesen Schutzbereich dar, der nicht gerechtfertigt sei. Für die Familie bedeute [Art. 6 Abs. 1 GG](#) als Abwehrrecht, dass der Staat die Freiheit der Familiengründung im Prinzip ermöglichen müsse, beschränkt nur durch andere Grundrechte. Zwangssterilisation und andere Beschränkungen der Fortpflanzungsmöglichkeiten bedürften einer besonderen Legitimation. Der Staat dürfe in die vorbehaltlosen Schutzbereiche von Ehe und Familie nicht eingreifen, sondern sie durch definierende Regelungen von Ehe und Familie nur gestalten. Die vorliegende Regelung definiere nicht die Institute Ehe und Familie, sondern greife in diese ein, ohne dass kollidierendes Verfassungsrecht ersichtlich sei. Jedenfalls sei der Eingriff nicht verhältnismäßig. Das GMG verfolge den legitimen Nahzweck, die entstehende Finanzierungslücke zwischen sinkenden Beitragszahlungen und steigenden Ausgaben durch eine Umschichtung und Kürzung der staatlichen Zuschussung bei der medizinischen Versorgung zu schließen und durch die Konsolidierung der Finanzgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung das legitime übergeordnete Ziel zu erreichen, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung dauerhaft unabhängig vom Einkommen der Betroffenen zu sichern. Das GMG sei jedoch bezüglich der Regelung der künstlichen Befruchtung nicht geeignet, diesen Zweck zu erfüllen. Durch diese Regelung werde die Lücke nicht geschlossen, sondern erweitert, indem der Zeugung neuer Beitragszahler im Rahmen der künstlichen Befruchtung so hohe finanzielle Hürden gesetzt würden, dass sich die wenigsten Paare eine Behandlung noch leisten könnten. Die demographische Entwicklung sei durch die zunehmende Lebenserwartung bei gleichzeitigem Geburtenrückgang gekennzeichnet. Dabei sei jede sechste Partnerschaft heute ungewollt kinderlos. Im Jahr 2001 seien 12.000 Geburten nach einer künstlichen Befruchtung erfolgt, was die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt 120 Millionen Euro gekostet habe. Diese 12.000 Kinder würden - nach Schätzungen - im Laufe ihres Lebens cirka sieben Milliarden Euro an die Sozialversicherungen zahlen, davon 1,3 Milliarden Euro an die Krankenversicherung. Reproduktionsmediziner gingen von einem zusätzlichen Geburtenrückgang von 10.000 aus aufgrund der neuen Rechtslage. Aus der amtlichen Begründung zu Art. 1 Nr. 14 a GKV-MG sei nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber sich der Auswirkung des Gesetzes auf den verfolgten Zweck auch nur bewusst gewesen sei. Der Gesetzgeber hätte zumindest die verfassungsrechtliche Pflicht gehabt, eine Prognose vorzunehmen. Selbst wenn die Geeignetheit des Gesetzes bejaht werden würde, sei das Gesetz jedenfalls nicht verhältnismäßig im engeren Sinn - also unzumutbar. Es mangle bereits an der Erforderlichkeit der Regelung des [§ 27 a SGB V](#), denn der Gesetzgeber hätte andere - mildere - Mittel gehabt, z.B. hätte er bei gleich bleibender Kostenbelastung anstatt drei Zyklen zu 50 % zu finanzieren z.B. den ersten Zyklus voll finanzieren und den zweiten zur Hälfte oder den zweiten und dritten jeweils zu 25 % finanzieren können. Schließlich verstoße [§ 27 a Abs. 3 SGB V](#) auch gegen das verfassungsrechtlich garantierte Recht auf Nachkommenschaft aus [Art. 2 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. 1 Abs. 1 GG](#) im Lichte des [Art. 6 Abs. 1 GG](#). Ein solches Recht sei in Deutschland dogmatisch zwar noch in der Entwicklung, habe aber bereits Anerkennung und Anwendung in der Rechtsprechung gefunden. In anderen Rechtsordnungen (z.B. in Portugal) sei dieses "Recht auf Nachkommenschaft", d.h. das Recht Kinder zu bekommen, sei es auf natürliche oder künstliche Weise oder durch Adoption, bereits anerkannt worden. Das Bundesverfassungsgericht habe im Rahmen der Schwangerschaftsabbruch-Entscheidungen das Grundrecht, frei über die eigene Fortpflanzung zu entscheiden, in seiner negativen Funktion anerkannt. Der Bundesfinanzhof habe in jüngster Zeit festgestellt, dass das Recht, Nachkommen zu gebären, zum Kernbereich des Grundrechts der freien Entfaltung der Persönlichkeit gehöre. Ein Recht auf Nachkommenschaft könne daher abgeleitet werden aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht, das im Lichte der Institutsgarantie und Schutzpflicht des Staates gegenüber Ehe und Familie auszulegen sei. Im Rahmen der Verhältnismäßigkeit sei wegen der Hochrangigkeit und Absolutheit des Würdeschutzes des allgemeinen Persönlichkeitsrechts ein strengerer Maßstab anzulegen als bei der allgemeinen Handlungsfreiheit. Das Recht auf Nachkommenschaft berühre einen Lebensbereich, der zum innersten Kern der freien Entfaltung der Persönlichkeit gehöre.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Der Gesetzgeber habe die Anzahl der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung auf drei Versuche begrenzt und eine Kostenübernahme von 50 % festgelegt. Diese gesetzliche Regelung gebe es bereits seit 1990. Sie sei in dieser langen Zeit nicht wegen verfassungsrechtlicher Bedenken oder sonstiger Verletzungen der Grundrechte abgeändert worden. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung sehe fast überall Eigenbeteiligungen vor. Die Anzahl der Versuche sei auf drei begrenzt worden, da keine hinreichende Aussicht mehr bestehe, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden sei.

Mit Urteil vom 29.03.2006, den Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellt am 27.04.2006, wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte es im wesentlichen aus, nach [§ 27 a Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) in der seit 01.01.2004 geltenden Fassung müsse die Beklagte nur 50 % der abrechenbaren Kosten für drei Zyklen erstatten. Das vor dem 01.01.2004 geltende Recht, wonach die Beklagte 100 % der abrechenbaren Kosten für vier Zyklen hätte zahlen müssen, sei nicht anwendbar, da ein Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung erstmals am 12.01.2004 bei der Beklagten eingereicht worden sei. Der Hilfsantrag der Klägerin, das Verfahren auszusetzen und eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes zu der Frage der Verfassungsmäßigkeit der ab 01.01.2004 geltenden Neuregelung des [§ 27 a SGB V](#) einzuholen, sei erfolglos, da dies voraussetze, dass das Gericht die Neufassung des [§ 27 a SGB V](#) für verfassungswidrig hielte; bloße Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit reichten dagegen nicht aus. Zur Überzeugung der Kammer verstoße die Neufassung des [§ 27 a Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) jedoch weder gegen [Art. 6 Abs. 1 GG](#) noch gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Art. 6 Abs. 1 begründe die Pflicht des Staates zum besonderen Schutz von Ehe und Familie, insbesondere eine allgemeine Pflicht des Staates zur Förderung der Familie

durch geeignete Maßnahmen, woraus auch das Recht auf Familiengründung ableitbar sei. Ein Anspruch auf eine bestimmte Ausgestaltung des Krankenversicherungsrechtes lasse sich daraus jedoch nicht ableiten, sodass es der Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers entspreche, nur 50 % der in drei Zyklen anfallenden Behandlungskosten durch die gesetzlichen Krankenversicherungen als erstattungsfähig anzusehen. Auch ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) sei nicht erkennbar. Ein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) im engeren Sinne scheide von vornherein aus, da die Klägerin nicht im Vergleich zu anderen in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen ungleich behandelt werde, da jeder Versicherte, der Leistungen nach [§ 27 a SGB V](#) in Anspruch nehme, 50 % der entstehenden Kosten selbst tragen müsse. Auch ein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) im weiteren Sinne sei nicht gegeben, da das vom Gesetzgeber mit dem GMG verfolgte Ziel, die gesetzliche Krankenversicherung als solidarische Gemeinschaft mit umfassender medizinischer Versorgung zu erhalten, verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sei. Es handle sich um keine willkürliche Maßnahme, denn sie werde von der nachvollziehbaren Erkenntnis getragen, dass bei steigender Arbeitslosigkeit infolge steigender Beitragsätze die Zahl der Beitragszahler weiter abnehme, wodurch eine Finanzierungslücke entstehe, bzw. die vorhandene Lücke vertieft werde. Die Versicherten könnten angesichts dessen nach Maßgabe des allgemeinen Gleichheitssatzes nicht verlangen, von Maßnahmen, die dem Erhalt des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung dienen, verschont zu bleiben. Dies gelte insbesondere auch hinsichtlich von Zuzahlungen. Schließlich sei auch ein Verstoß gegen das Sozialstaatsprinzip des [Art. 20 GG](#) i.V.m. [Art. 1 GG](#) (Menschenwürde) nicht erkennbar. Der Staat müsse zwar eine medizinische Grundversorgung vorhalten und sicherstellen, dass unabdingbar notwendige Leistungen der Krankenbehandlung auch für sozial Schwache zur Verfügung stünden, im übrigen stehe es dem Gesetzgeber jedoch frei, in der konkreten Ausgestaltung der sozialen Krankenversicherung - wie es in den letzten Jahren zunehmend auch geschehen sei - bei Leistungsfähigkeit Zuzahlungen zu verlangen und gewisse Leistungen gänzlich von der Leistungspflicht auszuschließen.

Hiergegen richtet sich die am 22.05.2006 eingelegte Berufung der Klägerin, mit der sie ihr Begehren weiterverfolgt. Zur Begründung wiederholt sie im wesentlichen ihr bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, das SG verkenne, dass die Regelung der nur 50 %-igen Kostentragung des [§ 27 a SGB V](#) einen ungerechtfertigten Eingriff in [Art. 6 Abs. 1 GG](#) darstelle. Denn dadurch sei sie in ihrem Grundrecht auf Familiengründung aus [Art. 6 Abs. 1 GG](#) verletzt. Der Eingriff durch [§ 27 a SGB V](#) sei auch nicht verhältnismäßig, da die Rückführung der Kostenübernahme bei künstlicher Befruchtung auf 50 % für die Konsolidierung der Finanzierungsgrundlage der GKV nicht geeignet sei. Selbst wenn man die Geeignetheit des Gesetzes bejahen würde, so wäre die Kostenregelung des [§ 27 a SGB V](#) jedenfalls nicht verhältnismäßig im engeren Sinne - also unzumutbar. Desweiteren verstoße die Regelung auch gegen das Sozialstaatsprinzip, denn das Sozialversicherungssystem habe die medizinisch notwendige Versorgung der Normalrisiken eines Erwerbslebens in der aktuellen wirtschaftlichen und sozialen Situation eines Arbeitnehmers in zeitgemäßer Form zu gewährleisten. In dieser Formel sei der Vorbehalt des Möglichen bereits enthalten und könne daher nicht zu einer nochmaligen Einschränkung des Leistungskatalogs führen. Hinzu komme ein Verstoß gegen das Prinzip der Rückschrittsgerechtigkeit aus Solidarprinzip in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Faktisch führe die Regelung des [§ 27 a SGB V](#) dazu, dass einkommensschwache Versicherte diese Maßnahmen überhaupt nicht mehr in Anspruch nehmen könnten. Weiterhin verstoße die Regelung auch gegen das Beitrags- oder Versicherungsprinzip, dessen Bedeutung für das System der Sozialversicherung das Bundesverfassungsgericht wiederholt habe.

Die Klägerin beantragt - teilweise sinngemäß -

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29. März 2006 sowie den Bescheid vom 18. März 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. September 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für die Kinderwunschbehandlung für drei Zyklen zu 100 % zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet das angefochtene Urteil des SG für zutreffend.

Der Senat hat die Beteiligten auf seine Entscheidungen vom 13.06.2006 - [L 11 KR 358/06](#) - und vom 25.07.2006 - [L 11 KR 1016/06](#) - hingewiesen. Der Senat hat die Beteiligten ferner darauf hingewiesen, dass eine Entscheidung gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Betracht komme, und ihnen Gelegenheit zur Äußerung gegeben, wovon die Klägerin Gebrauch gemacht hat.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die erst- und zweitinstanzlichen Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

II.

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig und insbesondere statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#), da die geltend gemachte Erstattung die Berufungssumme von 500,- EUR übersteigt. Die Berufung ist indes nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Hierüber konnte der Senat gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Das SG hat unter zutreffender Darstellung der Rechtsgrundlage, auf die der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen verweist, dargelegt, dass die Beklagte nicht verpflichtet ist, mehr als 50 % der Kosten zu übernehmen, die bei insgesamt drei Zyklen aufgrund der durchgeführten künstlichen Befruchtung angefallen sind. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Verfassungsrecht, wie das SG ausführlich begründet hat. Insoweit nimmt der Senat auf die Entscheidungsgründe des SG Bezug und verzichtet auf deren erneute Darstellung ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren führt zu keiner anderen Entscheidung.

Die Neufassung des [§ 27 a Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) verstößt nicht gegen den Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Dieser gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Dieses

Grundrecht ist vielmehr nur dann verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (BVerfGE 104, 126, 144 f = SozR 3 - 8570 § 11 Nr. 5 S 48 f; BVerfGE 103, 242, 258 = SozR 3 - 3300 § 54 Nr. 2 S 12 jeweils m.w.N.). Dabei setzt der Gleichheitssatz dem Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers um so engere Grenzen, je stärker sich die Ungleichbehandlung von Personen oder Sachverhalten auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten nachteilig auswirken kann. Außerhalb dieses Bereichs lässt er dem Gesetzgeber weitgehende Freiheit, Lebenssachverhalte je nach dem Regelungszusammenhang verschieden zu behandeln; die Grenze bildet insoweit allein das Willkürverbot, d.h. wenn sich für die Ungleichbehandlung kein in angemessenem Verhältnis zu dem Grad der Ungleichbehandlung stehender Rechtfertigungsgrund finden lässt (BVerfGE 102, 68, 87 = SozR 3 - 2500 § 5 Nr. 42 S 184; BVerfGE 97, 271, 290 f = SozR 3 - 2940 § 58 Nr. 1 S 10 f jeweils m.w.N.; BSG, Urteil vom 16.12.2003 - B 1 KR 12/02 -). Eine gesetzliche Regelung kann anhand Art. 3 Abs. 1 GG hingegen nicht dahingehend überprüft werden, ob der Gesetzgeber im Einzelfall die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gewählt hat (BVerfGE 15, 167, 201; 26, 302, 310).

Grundrechtlich geschützte Freiheiten sind durch die häufige Beteiligung der Versicherten an der streitigen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht betroffen. Der Gesetzgeber hat seinen demnach im Rahmen von Art. 3 Abs. 1 GG weiten Gestaltungsspielraum nicht deshalb überschritten, weil sich Leistungseinschränkungen bei Versicherten je nach deren finanzieller Situation unterschiedlich auswirken können, denn Abstufungen des Leistungsumfanges in der Krankenversicherung sind verfassungsrechtlich nicht generell ausgeschlossen. Die soziale Sicherheit, insbesondere auch der Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Konditionen, ist stets als ein überragend wichtiger Gemeinwohlbelang anzusehen, der vielfältige Einschränkungen auf Seiten der Versicherten, enttäushtes Vertrauen, Reduzierung von Leistungen, Einschränkungen in der Berufsausübungs- oder in der Berufswahlfreiheit rechtfertigt. Neben der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat gerade im Gesundheitswesen der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht. Die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist für das Gemeinwohl anerkanntermaßen von hoher Bedeutung (vgl. BVerfGE 70, 1, 30; 82, 209, 230). Soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems erreicht werden, stellt auch dessen Finanzierbarkeit einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang dar, von dem sich der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Systems leiten lassen darf. Eingriffszweck und Eingriffsintensität müssen stets in einem angemessenen Verhältnis stehen. Verfolgt der Gesetzgeber ein komplexes Ziel - wie die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung - mit vielfältigen Mitteln, ist eine Maßnahme nicht ungeeignet, weil die Betroffenen andernorts größere Einsparpotenziale sehen. Auch ist eine bestimmte Maßnahme nicht deshalb als nicht erforderlich anzusehen, weil es andere Mittel innerhalb des Systems gibt, die andere Personen weniger belasten würden. Eine einzelne Maßnahme ist zur Erreichung des gesetzgeberischen Zwecks auch nicht deshalb unverhältnismäßig, weil nicht alle Betroffenen durch die gesetzlichen Vorkehrungen gleichmäßig belastet werden. Die Politik entscheidet letztlich, welches der richtige Weg zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist.

Vor diesem Hintergrund ist das von dem Gesetzgeber mit dem GMG verfolgte Ziel, die gesetzliche Krankenversicherung als solidarische Gemeinschaft mit umfassender medizinischer Versorgung zu erhalten, verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Wenn der Gesetzgeber zur Verwirklichung dieses Ziel nicht den Weg einer weiteren Steigerung der Beitragssätze, sondern den Weg von Einsparungen innerhalb des Systems gegangen ist, obliegt dies seinem auch im Hinblick auf Art. 3 Abs. 1 GG nicht zu beanstandenden Ermessen. Es handelt sich um keine willkürliche Maßnahme, denn sie wird von der nachvollziehbaren Erkenntnis getragen, dass bei steigender Arbeitslosigkeit infolge steigender Beitragssätze die Zahl der Beitragszahler weiter abnimmt, wodurch eine Finanzierungslücke entsteht bzw. die vorhandene Lücke vertieft wird. Die Versicherten können angesichts dessen nach Maßgabe des allgemeinen Gleichheitssatzes nicht verlangen, von Maßnahmen, die dem Erhalt des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung dienen, verschont zu bleiben. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich von Zuzahlungen. Diese sind ein geeignetes und erforderliches Mittel zur Konsolidierung des Haushaltes. Auch in anderen Bereichen existieren Zuzahlungen, z.B. im Bereich des Zahnersatzes. Im übrigen hat das SG zu Recht darauf hingewiesen, dass eine verfassungsrechtlich zu beanstandende Ungleichbehandlung zwischen Ehepaaren mit Kinderwunsch gegenüber anderen Patientengruppen nicht vorliegt, denn nach der ständigen Rechtsprechung des BSG liegen den Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung und den Maßnahmen zur Krankenbehandlung gemäß § 27 SGB V unterschiedliche Versicherungsfälle zugrunde, so dass diese Gruppen unterschiedlich behandelt werden können.

Aus Art. 2 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG folgt zwar eine objektiv-rechtliche Pflicht des Staates, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu schützen (vgl. BVerfGE 85, 191, 212; 88, 203, 251; 90, 145, 195). Darüber hinaus ist verfassungsrechtlich nur geboten, eine medizinische Versorgung für alle Bürger bereitzuhalten. Dabei hat der Gesetzgeber aber einen so weiten Gestaltungsspielraum, dass sich originäre Leistungsansprüche aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG regelmäßig nicht ableiten lassen. Aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten (vgl. BVerfGE 89, 120, 130) folgt jedenfalls kein grundrechtlicher Anspruch gegen seine Krankenkasse auf Bereitstellung oder Finanzierung bestimmter Gesundheitsleistungen (ständige Rechtsprechung, Urteil des BSG vom 19.10.2004 - B 1 KR 9/04 R -).

Auch die Pflicht zum besonderen Schutz von Ehe und Familie nach Art. 6 Abs. 1 GG begründet keine konkreten Ansprüche auf eine bestimmte Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (BVerfGE vom 12.02.2003 - 1 BvR 624/01 - SozR 4 - 2500 § 10 Nr. 1 RdNr 28 und unter Hinweis auf BVerfGE 82, 60, 81; BSG vom 16.12.2003 - B 1 KR 12/02 R-). Ein Anspruch, die Bildung der Familie speziell durch die Finanzierung ärztlich assistierter Zeugung eines Kindes zu fördern, besteht daher nicht (Urteil des Oberverwaltungsgerichtes Berlin vom 28.10.2003 - 4B 3/03 -).

Schließlich ist auch ein Verstoß gegen das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 GG i.V.m. Art. 1 GG nicht erkennbar. Danach muss der Staat eine medizinische Grundversorgung vorhalten und sicherstellen, dass unabdingbar notwendige Leistungen der Krankenbehandlung auch für sozial Schwache zur Verfügung stehen, im übrigen steht es dem Gesetzgeber jedoch frei, in der konkreten Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung - wie es in den letzten Jahren zunehmend auch geschehen ist - bei Leistungsfähigkeit Zuzahlungen zu verlangen und gewisse Leistungen (beispielsweise auch Brillengestelle und in weiten Bereichen auch die Zahnprothetik) gänzlich von der Leistungspflicht auszuschließen. Ob die hier zu beurteilende Leistungsbeschränkung rechtspolitisch sinnvoll ist, hat der Senat nicht zu bewerten, da wie oben ausgeführt, eine gesetzliche Regelung nicht dahingehend zu überprüfen ist, ob der Gesetzgeber die zweckmäßigste und vernünftigste Lösung gewählt hat.

Auch im Lichte der jüngsten Judikatur des BVerfG ergibt sich insoweit nichts anderes. Der in einem System der Sozialversicherung Pflichtversicherte hat typischerweise keinen unmittelbaren Einfluss auf die Höhe seines Beitrags und auf Art und Ausmaß der ihm im

Versicherungsverhältnis geschuldeten Leistungen. In einer solchen Konstellation der einseitigen Gestaltung der Rechte und Pflichten der am Versicherungsverhältnis Beteiligten durch Gesetz (vgl. [§ 31 SGB I](#)) und durch die auf ihm beruhenden Rechtsakte der Leistungskonkretisierung, schützt das Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#) den beitragspflichtigen Versicherten vor einer Unverhältnismäßigkeit von Beitrag und Leistung. Daraus lässt sich jedoch in der gesetzlichen Krankenversicherung kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf bestimmte Leistungen der Krankenbehandlung ableiten. Es sind aber gesetzliche oder auf Gesetz beruhende Leistungsausschlüsse und Leistungsbegrenzungen darauf hin zu prüfen, ob sie im Rahmen des [Art. 2 Abs. 1 GG](#) gerechtfertigt sind. Das BVerfG hat den Anspruch gegen eine Krankenkasse auf Bereitstellung bestimmter Gesundheitsleistungen selbst bei schwerwiegenden (regelmäßig tödlichen oder lebensbedrohlichen) Krankheiten nur für den Fall aus dem Verfassungsrecht hergeleitet, dass eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stand (Beschluss vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#)). Dem Gesetzgeber ist es im Rahmen seines Gestaltungsspielraums grundsätzlich erlaubt, den Versicherten über den Beitrag hinaus zur Entlastung der Krankenkassen und zur Stärkung des Kostenbewusstseins in der Form von Zuzahlungen zu bestimmten Leistungen zu beteiligen, jedenfalls, soweit dies dem Einzelnen finanziell zugemutet werden kann. Dies ist vorliegend der Fall. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von Verfassungswegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl. auch BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des 1. Senats vom 05.03.1997, [NJW 1997, S. 3085](#)). Der Gesetzgeber verletzt mithin seinen Gestaltungsspielraum auch im Hinblick auf das Sozialstaatsprinzip nicht, wenn er angesichts der beschränkten finanziellen Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen aus dem Leistungskatalog herausnimmt oder einschränkt, die in erster Linie der Erfüllung eines Kinderwunsches jenseits lebensbedrohlicher Zustände dienen (vgl. BSG, Urteil vom 18.07.2006- [B 1 KR 10/05 R](#)- zum Ausschluss von Arzneimitteln zur Behandlung der erektilen Dysfunktion aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung).

Die Berufung der Klägerin war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-09-26