

L 5 KR 973/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 2820/05
Datum
23.01.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 973/06
Datum
14.02.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 6/07 R
Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Es verstößt nicht gegen Verfassungsrecht, wenn [§ 27a SGB 5](#) für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nur eine 50-prozentige Kostenübernahme der Krankenkassen vorsieht.

Revision anhängig unter [B 1 KR 6/07 R](#)

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 23. Januar 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Kläger Anspruch auf Kostenerstattung für drei Behandlungszyklen einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) haben.

Die 1970 geborene Klägerin und der 1964 geborene Kläger sind verheiratet und bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Am 22.03.2005 legten die Kläger der Beklagten einen Behandlungs- und Kostenplan vom 17.03.2005 für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung des Dr. G. vom IVF-Zentrum U. vor. Geplant war eine IVF mit Embryotransfer wegen idiopathischer Sterilität. Die Gesamtkosten für ärztliche Behandlung, Anästhesie und Medikamente wurden pro Zyklusfall auf 3.009,18 EUR für die Frau und auf 45,71 EUR für den Mann veranschlagt.

Die Beklagte genehmigte den Behandlungs- und Kostenplan für drei Zyklen und wies die Kläger in ihren Bescheiden vom 22.03.2005 darauf hin, dass nach [§ 27a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) fünfzig Prozent der entstehenden Kosten als Eigenanteil des Patienten verbleiben. Gegen die ohne Rechtsbehelfsbelehrung ergangenen Bescheide vom 22.03.2005 legten die Kläger am 30.05.2005 Widerspruch bei der Beklagten ein. Sie verlangten von der Beklagten die volle Erstattung der Kosten für die Kinderwunschbehandlung. Die Beklagte könne sich nicht auf die Begrenzung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf drei Versuche der IVF zu der Hälfte der anfallenden Kosten in [§ 27a Abs. 3 SGB V](#) berufen, weil diese Vorschrift verfassungswidrig sei.

Die Regelung des [§ 27a 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 das spezielle Diskriminierungsverbot aus [Art. 6 Abs. 1 des GG](#), gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz aus [Art. 3 Abs. 1 des GG](#), sowie gegen das Recht auf Nachkommenschaft aus [Art. 6 Abs. 1 GG](#) bzw. [Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG](#) i. V. m. [Art. 1 Abs. 1 GG](#) und [Art. 6 Abs. 1 GG](#). Die dauerhafte Gewährleistung der medizinischen Versorgung und die unbestritten notwendige Reformierung des Gesundheitswesens resultierten aus den Schutzpflichten des Sozialstaatsprinzips und seien hochrangige Interessen der Allgemeinheit. Dem gegenüber stehe das vorbehaltlos gewährte und zentrale Grundrecht auf Familiengründung. Dieses sei hier vorrangig. Im Einzelnen haben die Kläger hierzu im Wesentlichen geltend gemacht: - Durch die Einschränkung des Anspruchs auf eine 50%ige Kostenübernahme werde die notwendige medizinische Heilbehandlung bei künstlichen Befruchtungen denjenigen Einkommensgruppen verwehrt, welche ihren Eigenanteil nicht aufbringen könnten. Damit hätten nur noch besser verdienende Versicherte die Chance auf ein Kind durch künstliche Befruchtung und die notwendigen medizinische Versorgung sei abhängig vom Einkommen. Die Möglichkeit der Familiengründung werde durch die Neuregelung des [§ 27a SGB V](#) auf jene Paare eingeschränkt, die aus medizinischen Gründen auf eine künstliche Befruchtung angewiesen seien und über die nötigen finanziellen Mittel verfügten, um diesen Wunsch in die Tat umzusetzen. - Familien würden weiterhin insoweit diskriminiert, als die sonst geltende Obergrenze

von Selbstbeteiligungen von 2 % des Jahreseinkommens überschritten werde. Auch insoweit würden Ehepartner mit Wunsch zur Familiengründung gegenüber anderen Patientengruppen entgegen dem Schutzauftrag von [Art. 6 Abs. 1 des GG](#) ungerechtfertigt schlechter gestellt. - Da es sich bei der künstlichen Befruchtung um eine Heilbehandlung handle, liege eine Ungleichbehandlung und damit Verletzung von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gegenüber anderen sich in Heilbehandlung befindlichen gesetzlich Versicherten vor, welche die gesamte Kostenerstattung verlangen könnten. Denn eine Fertilitätsstörung sei Krankheit im Sinne des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung als Teil der notwendig medizinischen Versorgung. Es bedürfe daher eines sachlichen Grundes, der eine Differenzierung der Kostentragung gegenüber anderen Heilbehandlungen rechtfertige. Ein solcher sei nicht ersichtlich und auch nicht in die Beratungen zur Novellierung des Krankenversicherungsrechtes eingeflossen. - [§ 27 a Abs. 3 SGB V](#) verstoße schließlich auch gegen das verfassungsrechtlich garantierte Recht auf Nachkommenschaft aus [Art. 2 Abs. 1 Satz 1](#) i. V. m. [Art. 1 Abs. 1 GG](#) im Lichte von [Art. 6 Abs. 1 GG](#). Aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht könne ein Recht auf Bestimmungsfreiheit bei der Familienplanung abgeleitet werden. In der neueren Literatur werde das Recht zu entscheiden, ob, wann und wie viele Kinder ein Paar haben wolle stattdessen eher in [Art. 6 Abs. 1 GG](#) verortet. Insoweit bestehe eine Verstärkung des allgemeinen Entfaltungsrechtes aus [Art. 2 Abs. 1 des GG](#). Die Kostenbeteiligungspflicht des [§ 27 a Abs. 3 SGB V](#) greife in den Schutzbereich von [Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG](#) i. V. m. [Art. 1 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [Art. 6 Abs. 1 GG](#) ein. Je näher ein Sachverhalt der Privatsphäre dem Kern der Intimsphäre des Persönlichkeitsrechtes nahe komme, umso höhere Anforderungen müssten an die verfassungsrechtliche Rechtfertigung eines Eingriffes gestellt werden. Dazu müssten regelmäßig überwiegende Belange des Gemeinwohls vorliegen. Die Interessenabwägung unterfalle also der Anlegung eines strengen Maßstabes. Dieser werde hier nicht eingehalten, sodass [§ 27 a Abs. 3 SGB V](#) auch insoweit einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Recht auf Nachkommenschaft darstelle. - Der Eingriff durch Kostenbelastung sei auch nicht verhältnismäßig, insbesondere ungeeignet, um das System der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft zu entlasten. Fehlende Kinder aufgrund unterlassener Maßnahmen der künstlichen Befruchtung führten langfristig zu demografisch bedingten Problemen in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Ausfall weiterer Beitragszahler. - Außerdem hätte es ein milderer Mittel als eine hälftige Kostenbelastung der Eltern gegeben. Statt drei Zyklen zu 50 % zu finanzieren, hätte es sehr viel mehr Sinn gemacht, den ersten Zyklus voll zu finanzieren, den zweiten zur Hälfte oder den zweiten und dritten zu jeweils 25 %. Damit wäre den Erfolgsaussichten der künstlichen Befruchtung besser Rechnung getragen worden und ein im Ergebnis gleiches finanzielles Belastungsbild entstanden. - Die Folgen der Kostenbelastung bei Fertilitätsbehandlung seien u. a. eine erhebliche Steigerung von Mehrlingsgeburten, weil potentielle Eltern unter Kostendruck versucht seien, die rechtlich mögliche maximale Anzahl befruchteter Eizellen implantieren zu lassen, um so die Chancen einer Geburt zu erhöhen. Im Vergleich zur Geburt eines einzelnen Kindes koste die nachgeburtliche Versorgung für Zwillinge oder Drillinge aber ein Mehrfaches. Darüber hinaus bestünden erhebliche gesundheitliche Risiken für Mütter und Kinder bei Mehrlingsschwangerschaften - Weiterhin bestehe hinreichende Aussicht auf Erfolg, sodass auch die Kosten für einen vierten Zyklus zu übernehmen seien. Allein die Tatsache, dass schon drei Behandlungszyklen vorausgegangen seien, sei kein aussagekräftiges Indiz für den Erfolg einer weiteren Behandlung. Die Beklagte sei daher verpflichtet, den Klägern die vollen Kosten der Behandlung für vier Behandlungszyklen zu erstatten.

Im Juni 2005 wurde die Beklagte durch Vorlage eines Attestes des Dr. G. darüber informiert, dass eine IVF-Behandlung durchgeführt worden sei. Am Tag der Follikelpunktion hätten zwar drei Eizellen gewonnen werden können, das Spermogramm sei aber unbefriedigend gewesen. Daher habe man sich im Wege der Notfallindikation für eine ICSI-Behandlung (intracytoplasmatische Spermieninjektion) entschlossen. Es werde gebeten, diese ICSI-Behandlung im Nachhinein zu genehmigen, weil die Situation nicht vorhersehbar gewesen sei. Die Kopie des Spermogramms wurde beigelegt. Eine Entscheidung der Beklagten über diese Zusatzkosten befindet sich nicht in den Akten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16.08.2005 wies die Beklagte den Widerspruch der Kläger als unbegründet zurück. Die Beklagte vertrat den Standpunkt, [§ 27 a Abs. 3 SGB V](#) sehe vor, dass für Versicherte ein Anspruch auf Sachleistung bestehe. Die Krankenkasse übernehme danach 50 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werde. In diesem gesetzlich vorgegebenen Umfang sei der Antrag der Kläger genehmigt worden. Eine Genehmigung über 100 % der Kosten für vier Behandlungszyklen sei gesetzlich ausgeschlossen. Es dürfe daher keine Kostenerstattung in dieser Höhe für die IVF erfolgen.

Dagegen haben die Kläger am 12.09.2005 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG) erhoben mit dem Ziel einer Übernahme der gesamten Kosten für drei Behandlungszyklen einer IVF/ICSI-Behandlung durch die Beklagte. Diese könne sich ihrer Leistungspflicht nicht unter Hinweis auf [§ 127 a Abs. 1](#) und [3 SGB V](#) entziehen, weil die Kostenbeschränkung verfassungswidrig sei. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) habe die Bundesregierung bei künstlicher Befruchtung die Kostenübernahme durch die Krankenkassen auf 50 % reduziert, die Zahl der Versuche von vier auf drei gesenkt und zudem Altersbegrenzungen eingeführt. Dieses sei angesichts der demografischen Entwicklung der falsche Weg. Hinsichtlich der Auffassung, die Begrenzung von [§ 27 a Abs. 3 SGB V](#) sei verfassungswidrig, haben die Kläger ihren Vortrag aus dem Verwaltungsverfahren wiederholt und vertieft.

Das SG hat die Klage durch Urteil vom 23.01.2006 abgewiesen. Es hat entschieden, die Kläger würden nicht in ihren Rechten verletzt, weil sie keinen Anspruch auf Übernahme der Gesamtkosten für drei Behandlungszyklen der IVF hätten. Denn sie könnten ihr Klagebegehren nicht auf eine geeignete Rechtsgrundlage stützen. Aus einfachem Recht bestimme [§ 27 a Abs. 3 SGB V](#), dass die Krankenkasse nur die Hälfte der genehmigten Kosten nach dem Behandlungsplan übernehme, welche bei dem Versicherten durchgeführt würden. Daran hielten sich die angefochtenen Bescheide. Der von den Klägern geltend gemachte Klaganspruch leite sich auch nicht aus den von ihnen zitierten Grundrechten ab. Denn sie seien nicht unmittelbar anspruchsbegründend. Leistungsansprüche ergäben sich erst über die Konkretisierung von Grundrechten im einfachen Recht. Ernsthafte Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit des [§ 27 a SGB V](#) bestünden nach Auffassung der Kammer nicht. Eine Förderung werde durch die Kostenbeteiligung in Höhe von 50 % durchgeführt. Im übrigen bestehe eine Einschätzungsprärogative des parlamentarischen Gesetzgebers, welcher auch die Finanzierbarkeit von Maßnahmen im Blick behalten dürfe und müsse. Wegen der weiteren Einzelheiten der Entscheidung wird ergänzend auf dessen Entscheidungsgründe verwiesen. Das Urteil wurde am 30. 01.2006 zugestellt.

Mit ihrer am 24.02.2006 eingelegten Berufung verfolgen die Kläger ihr Begehren weiter. Mittlerweile seien zwei IVF-Behandlungen durchgeführt worden. Infolge ungenügender finanzieller Mittel habe das Klägerpaar auf einen dritten Versuch verzichten müssen. Das SG gehe fälschlicherweise davon aus, dass [§ 27 a SGB V](#) verfassungskonform sei und die Beklagte aus diesem Grunde nicht zu einer über 50 % hinausgehenden Zahlung verpflichtet sei. Es bestünden erhebliche Zweifel an der Verhältnismäßigkeit und Verfassungsmäßigkeit der Neuregelung des [§ 27 a SGB V](#). Das Vorbringen aus dem verwaltungs- und sozialgerichtlichen Verfahren erster Instanz wurde wiederholt und vertieft. Ergänzend wurde vorgetragen, die Zahl der reproduktionsmedizinischen Behandlungen sei von 107.675 im Jahre 2003 auf 61.724 im Jahre 2004 zurückgegangen. Unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen Erfolgsquote von 28% sei von einer Verminderung der Zahl

der Schwangerschaften um 13.000 im Bundesgebiet auszugehen.

Die Kläger beantragen ,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 23.01.2006 und die Bescheide vom 22.03.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.08.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihnen die Kosten für eine Kinderwunschbehandlung (IVF/ICSI) für drei Zyklen vollständig zu bezahlen.

Sie haben ergänzend angeregt, das Verfahren auszusetzen und gem. [Art. 100 Abs. 1 GG](#) dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) vorzulegen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Sie habe sich an die geltende Rechtslage gehalten.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Kläger, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gem. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig; sie ist insbesondere form- und fristgerecht eingelegt worden und statthaft ([§ 151 Abs. 1](#) und [§§ 143, 144 SGG](#)). Der Beschwerdewert ist bei der Klägerin mit ca. 4.500,00 EUR (50 % von 3.000,00 EUR x 3 Maßnahmen) bei weitem überschritten. Auch die Berufung des Klägers ist statthaft, obwohl die ihn direkt betreffenden Untersuchungen seines Spermas mit jeweils 45,71 EUR auch bei 3 IVF mit 137,13 EUR den Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 2 Nr. 3 SGG](#) nicht erreichen. Denn bei ungewollter Kinderlosigkeit hat grundsätzlich jeder Ehegatte gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf alle zur Herbeiführung einer Schwangerschaft notwendigen Maßnahmen und nicht nur auf die ihn betreffenden "Nebenleistungen" ([BSGE 88 S. 51, 57](#)). Auch hat der Kläger wirksam Berufung eingelegt. Denn die Nennung allein der Klägerin als Berufungsführerin im Berufungsschriftsatz war, wie mittlerweile klargestellt, ein (offensichtliches) Schreibversehen.

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 Kläger nicht in ihren Rechten.

1.) Gem. [§ 27 a SGB V](#) umfassen die Leistungen der Krankenbehandlung auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn die weiteren unter Nr. 1-5 dieser Vorschrift aufgeführten Voraussetzungen für den Versuch einer künstlichen Befruchtung erfüllt sind. Der Anspruch ist auf drei Maßnahmen beschränkt. Anders als [§ 27 a SGB V](#) in der bis 31.12.2004 geltenden Fassung, der eine volle Kostenübernahme vorsah, bestimmt [§ 27 a Abs. 3 Satz 3](#) mit Wirkung ab 01.01.2005, dass vor Beginn der Behandlung der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen ist. Die Krankenkasse übernimmt 50 v. H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Ergänzend hierzu hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Ermächtigungsgrundlage von [§ 27 a Abs. 4 SGB V](#) in der "Richtlinie über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung)" in der Fassung vom 23.12.2004 unter Ziffer 9.2 Abs. 3 bestimmt, dass der Behandlungsplan max. drei in Folge geplante Zyklen umfasst. Die Krankenkasse erteilt die Genehmigung für den dritten IVF- oder ICSI-Zyklus nur unter dem Vorbehalt, dass in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat.

Die angefochtenen Bescheide werden von diesen Vorschriften gerechtfertigt, was auch von den Klägern nicht bestritten wird. Eine einfachgesetzliche Rechtsgrundlage für das Begehren der Kläger auf volle Kostenübernahme der IVF gegenüber der Beklagten enthält das SGB V nicht. Die Vorschrift des [§ 27 a Abs. 3 Satz 3 SGB V](#), soweit sie eine lediglich 50 %ige Kostenübernahme der Krankenkasse vorsieht, ist entgegen der Auffassung der Kläger auch nicht verfassungswidrig. Eine Aussetzung des Verfahrens und eine Richtervorlage im Rahmen von [Artikel 100 Abs. 1 GG](#) scheidet daher aus. Die Überprüfung von Normen durch die Fachgerichte im Rahmen von [Artikel 100 Abs. 1 GG](#) dient nicht der abstrakten Normenkontrolle, sondern lediglich der Klärung, ob die Rechtsanwendung im konkreten Einzelfall zu einem verfassungswidrigen Ergebnis führt (BSG Urt. v. 16.12.2003 - [B 1 KR 12/02 R](#)).

2.) Die Kläger machen für sich ein verfassungsrechtlich garantiertes Recht auf Familiengründung bzw. ein verfassungsrechtlich garantiertes Recht auf Nachkommenschaft geltend. Sie leiten diese Rechte aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus [Art. 2 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 1 Abs. 1 GG](#) im Lichte des [Art. 6 Abs. 1 GG](#) ab und berufen sich hierfür auf Teile der Rechtslehre und des Schrifttums. Allerdings ist diese grundrechtliche Position auch nach ihren Ausführungen in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes nicht als eigenständige Ableitung grundrechtlich geschützter Rechtspositionen anerkannt. Ob diese Grundrechtsposition anzuerkennen wäre und mit dem von den Klägern geltend gemachten Inhalt aus den genannten Grundrechten hergeleitet werden könnte, kann hier dahingestellt bleiben. Denn weder aus dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#) noch aus dem des [Art 6 GG](#) lassen sich konkrete Ansprüche gegen eine Krankenkasse ableiten.

Aus [Art. 2 Abs. 1 und 2 GG](#) folgt 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 grundsätzlich nur geboten, eine medizinische Versorgung für alle Bürger bereit zu halten. 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.

[Art. 6 Abs. 1 GG](#) gebietet als verbindliche Wertentscheidung für den gesamten Bereich des Ehe- und Familie betreffenden privaten und

öffentlichen Rechts einen besonderen Schutz durch die staatliche Ordnung (vgl. [BVerfGE 105, 313](#), 346 st. Rspr.). Als Grundsatznorm lässt sich ihm eine allgemeine Pflicht des Staates zur Förderung der Familie durch geeignete Maßnahmen entnehmen (vgl. [BVerfGE 103, 242](#), 259). Dem Gesetzgeber steht aber Gestaltungsfreiheit bei der Entscheidung darüber zu, auf welche Weise er den ihm aufgetragenen Schutz verwirklichen will. Aus [Art. 6 Abs. 1 GG](#) i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip lässt sich zwar die allgemeine Pflicht des Staates zu einem Familienlastenausgleich entnehmen, nicht aber die Entscheidung darüber, in welchem Umfang und in welcher Weise ein solcher sozialer Ausgleich vorzunehmen ist. Konkrete Ansprüche auf bestimmte staatliche Leistungen können aus dem Förderungsgebot des [Art. 6 Abs. 1 GG](#) nicht hergeleitet werden ([BVerfGE 82, 60, 81](#)). Dies gilt auch für die Ausgestaltung der Krankenversicherung (vgl. [BVerfGE 107, 205](#)).

Aus dem Gesagten folgt somit, dass sich regelmäßig keine Einzelansprüche aus den genannten Grundrechten ableiten lassen, vielmehr ist es nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes Aufgabe des Gesetzgebers, die entsprechenden Verfassungsaufträge durch einfachgesetzliche Regelungen umzusetzen. Dabei hat der Gesetzgeber einen weiten Gestaltungsspielraum. Aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten (vgl. [BVerfGE 89, 120, 130](#)) folgt jedenfalls kein grundrechtlicher Anspruch gegen seine Krankenkasse auf Bereitstellung oder Finanzierung bestimmter Gesundheitsleistungen (BSG Urteile vom 19.04.2004 - [B 1 KR 9/04 R](#) und vom 18.7.2006 - [B 1 KR 10/05 R](#)). Der Gesetzgeber verletzt seinen Gestaltungsspielraum auch im Hinblick auf das Sozialstaatsgebot nicht, wenn er angesichts der beschränkten finanziellen Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen aus dem Leistungskatalog herausnimmt (BSG Beschluss vom 31.10. 2006 - [B 1 KR 95/06 R](#)). Auch behinderte Menschen können über die vom Gesetz eingeräumten Ansprüche aus Verfassungsrecht keine weitergehenden Ansprüche auf medizinische Versorgung herleiten, obwohl in deren Fall das verfassungsrechtliche Verbot der Benachteiligung behinderter Menschen zusätzlich zu beachten ist (vgl. [BSGE 91, 60](#) und Urt. v. 16.9.2004, USK 2004, 80). Eine einzige Ausnahme hat das BVerfG in dem Beschluss vom 6. Dezember 2006 - [1BvR 347/98](#) gemacht, als es zwar einerseits die Zulässigkeit eines beschränkten Leistungskatalogs der GKV bestätigt, andererseits aber eine verfassungskonforme Auslegung derjenigen Rechtsnormen des SGB V gefordert hat, die bei regelmäßig tödlich verlaufenden bzw. lebensbedrohlichen Krankheiten einen Leistungsausschluss bewirken. Da der vorliegende Sachverhalt nicht mit einer derart schweren Krankheit verglichen werden kann, ist an dem Grundsatz, dass sich aus [Art. 2 Abs. 1](#) und [2](#) und [Art. 6 Abs. 1 GG](#) originäre Leistungsansprüche aus Verfassungsrecht nicht ableiten lassen, fest zu halten (ebenso BSG Beschluss vom 31.10.2006 - [B 1 KR 95/06 B](#) und Urteil vom 4.4.2006 - [B 1 KR 7/05 R](#)).

Die Rechtsauffassung der Kläger, dass die 50-prozentige Selbstbeteiligung einen unverhältnismäßigen Eingriff in ihre Rechte aus [Art. 2 Abs. 1 und 2 GG](#) und [Art. 6 Abs. 1 GG](#) auf Nachkommenschaft darstellt, teilt der Senat nicht. Der Eingriff wird einerseits durch überragend wichtige Belange des Gemeinwohls gerechtfertigt, andererseits wird auch nach erfolgter Kürzung des Übernahmeanteils der Krankenkasse es den Klägern nur in nicht gravierender, jedenfalls aber noch hinnehmbarer Weise erschwert, sich einer künstlichen Befruchtung zu unterziehen.

Zunächst ist den Klägern entgegen zu halten, dass der Staat mit [§ 27 a SGB V](#) die IVF nicht verbietet oder irgendeinen Arzt oder Patienten rechtlich davon abhält, Leistungen der künstlichen Befruchtung zu erbringen bzw. zu erhalten. Niemand ist daran gehindert aus bestehendem oder angespartem Vermögen die hier als Eigenanteil aufzubringenden Kosten von 4.500,00 EUR zu bestreiten. Der Staat fördert im Gegenteil die Kinderwunschbehandlung durch Übernahme der Kosten von bis zu drei Maßnahmen in Höhe von jeweils 50 %. Realistischerweise ist davon auszugehen, dass dieser finanzielle Eigenanteil einer Kinderwunschbehandlung nicht ernsthaft im Wege stehen kann. Zum einen sind bei kinderlosen Ehepaaren typischerweise beide Ehepartner erwerbstätig, sodass der benötigte Betrag leichter angespart werden kann, zumal es sich bei der Kinderwunschbehandlung um eine planbare Maßnahme handelt, die auch ein halbes Jahr oder ein ganzes Jahr später durchgeführt werden kann. Zum anderen werden Beträge in der hier streitigen Größenordnung von 4500 EUR von Ehepaaren zur Finanzierung etwa einer Wohnungsausstattung oder eines Kraftfahrzeugs üblicherweise ohne weiteres aufgewendet. Schließlich ist der Betrag nur ein Bruchteil der Gelder, die Ehepaare für ein oder mehrere Kinder nach der Geburt aufzuwenden haben. Wenn Gelder in Höhe dieser Größenordnung nach der Geburt benötigt werden, dann erscheint es ohne Verstoß gegen Verfassungsgrundsätze zumutbar, entsprechende Beträge auch vor der Geburt anzusparen.

Darüber hinaus ist die Einschränkung auf eine nur 50-prozentige Kostenübernahme durch den Gesetzgeber nicht willkürlich gewesen, sie war vielmehr Teil eines Bündels von Maßnahmen, mit denen er Versicherte, Beitragszahler und Leistungserbringer durch das GMG finanziell belastet hat, um die gesetzliche Krankenversicherung zu stabilisieren und bezahlbar zu erhalten. Die finanzielle Selbstbeteiligung erfolgt im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft der Kläger bei der Beklagten. Wie alle gesetzlich Krankenversicherten sind auch die Kläger im Kern darauf angewiesen, dass ihnen die gesetzliche Krankenversicherung ausreichend den notwendigen Versicherungsschutz bietet. 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 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 anerkannter Maßen von so hoher Bedeutung, dass auch für den einzelnen fühlbare Beeinträchtigungen gerechtfertigt sein können (vgl. [BVerfGE 70, 1](#), 30; [82, 209](#), 230). Wenn der Gesetzgeber zur Verwirklichung dieses Ziels nicht den Weg einer weiteren Steigerung der Beitragssätze, sondern den Weg von Einsparungen innerhalb des Systems gegangen ist, handelt er im Rahmen seines ihm eingeräumten gesetzgeberischen Gestaltungsspielraums. Sein Handeln wird dabei von der nachvollziehbaren Erkenntnis getragen, dass bei steigender Arbeitslosigkeit infolge steigender Beitragssätze die Zahl der Beitragszahler weiter abnimmt, wodurch eine Finanzierungslücke entsteht bzw. die vorhandenen Lücke vertieft wird.

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. Andererseits können bei dieser Sachlage Versicherte nicht verlangen, von Maßnahmen, die dem Erhalt des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, und damit einem überragenden Belang des Gemeinwohls dienen, verschont zu bleiben. Der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers wird nicht überschritten, wenn angesichts der beschränkten finanziellen Leistungsfähigkeit der GKV einzelne Leistungen aus dem Leistungskatalog herausgenommen oder der Höhe nach beschränkt werden.

3.) Entgegen der Auffassung der Kläger verstößt die Neufassung des [§ 27 a Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) auch 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); [BVerfGE 103, 242](#) (258) 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); [BVerfGE 97, 271](#), (290 f) jeweils m.w.N.; BSG, Urteil vom 16.12.2003 - [B 1 KR 12/02](#) zur Kostenübernahme der GKV von 50 Prozent bei Müttergenesungskuren-). 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)), sondern nur, ob die Regelung den rechtlichen Vorgaben der Verfassung entspricht, d.h. ob die äußersten Grenzen der gesetzgeberischen Freiheit gewahrt sind.

Die nur 50 %ige Kostenübernahme in [§ 27 a Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) verstößt auch nicht innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung gegen den Gleichheitsgrundsatz. Der Gesetzgeber muss nicht jede Leistung vollständig oder zumindest überwiegend übernehmen. Das Bundessozialgericht hat bereits mehrfach über die Frage der Zulässigkeit von Leistungskürzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entschieden (dazu BSG Beschluss vom 31.10.2006 - B 1 KR 95/06 B mwN). So hat es etwa den Leistungsausschluss für Arzneimittel bestätigt (BSG Ur. v. 18.7.2006 - [B 1 KR 10/05 R](#) und vom 10.5.2005 - [B 1 KR 25/03 R](#)), ebenso den fast vollständigen bzw. den teilweisen Ausschluss von Sehhilfen oder Zahnersatz von der regelmäßigen vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung. Auch die nur 50 %ige Kostenübernahme bei Kuren im Rahmen von Müttergenesungswerken hat das BSG (Urteil v. 16.12.2003 - [B 1 KR 12/02 R](#)) als nicht gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung verstoßend und damit als verfassungskonform angesehen.

Gegen die von den Klägern vorgetragene Ungleichbehandlung spricht insbesondere der Umstand, dass medizinische Behandlungen, die unterschiedlichen Zwecken dienen, auch eine unterschiedliche Behandlung im Leistungskatalog der GKV finden können. Der Gesetzgeber hat in [§ 27 a SGB V](#) abweichend von den sonstigen Versicherungsfällen in den [§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) bei den Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft einen eigenen Versicherungsfall geschaffen, nämlich denjenigen der Kinderlosigkeit eines Paares. Dieser Versicherungsfall unterscheidet sich auch rechtstatsächlich erheblich von dem Versicherungsfall einer Krankheit. Während im Fall einer Krankheit häufig, etwa bei der Einlieferung in ein Krankenhaus nach einem schweren Unfall, sofortiges Handeln erforderlich ist und sich die Höhe der Kosten im Vorhinein nicht abschätzen lassen, handelt es sich bei der Herbeiführung einer künstlichen Befruchtung um eine planbare Maßnahme, für deren Durchführung regelmäßig ein längerer Zeitraum zur Verfügung steht. Es ist den Paaren, die sich solchen Maßnahmen unterziehen wollen, deshalb sehr viel leichter möglich, die finanziellen Mittel anzusparen. Die aufzubringenden Kosten von ca. 4.500,00 EUR sind dabei regelmäßig sehr viel geringer als die Kosten, die später mit dem Kind verbunden sind. Auch sind die Ausgaben niedriger, als sonstige Ausgaben, die von jüngeren Ehepaaren typischerweise freiwillig getätigt werden, wie etwa die Anschaffung eines Kraftfahrzeuges oder die Kosten für eine Wohnungseinrichtung. Hinzukommt, dass eine Minderung der Unkosten steuerrechtlich in Höhe des jeweiligen Steuersatzes durch die Geltendmachung als außergewöhnliche Belastungen im Sinne von [§ 33](#) Einkommensteuergesetz erfolgen kann. Bei dieser Sachlage und angesichts der Planbarkeit der Maßnahme sowie des zwar hohen, aber im Voraus relativ zuverlässig abschätzbaren Kostenbetrages lässt sich die unterschiedliche Behandlung der Kostenübernahme bei Akuterkrankungen einerseits und der künstlichen Befruchtung andererseits rechtfertigen. Jedenfalls liegt ein Verstoß gegen das Willkürverbot aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) insoweit nicht vor.

Die Kläger haben zwar nach eigenen Angaben aus finanziellen Gründen auf die Durchführung einer zweiten oder dritten Maßnahme verzichtet, nicht vorgetragen ist indes, dass ihnen auch bei zumutbaren Sparbemühungen die Durchführung dieser Maßnahmen unmöglich gewesen wäre. Sollten die Kläger - wovon nicht auszugehen ist, weil Prozesskostenhilfe nicht beantragt worden ist - Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II erhalten, stünde ihnen gem. [§ 72 SGB XII](#) ein Anspruch auf ergänzende Hilfe in besonderen Lebenslagen zu. Damit wird auch das Argument der Kläger entkräftet, die nur 50 %ige Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen mache es einkommensschwachen Schichten der Bevölkerung unmöglich, Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in Anspruch zu nehmen. Auch insoweit kann von einer willkürlichen Ungleichbehandlung des Gesetzgebers nicht ausgegangen werden.

Nach alledem erweist sich die Berufung der Kläger als unbegründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Der Senat hat die Revision wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Sache zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-05-14