

L 4 KR 904/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 7454/04
Datum
05.02.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 904/08
Datum
08.10.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 05. Februar 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Erstattung von Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung in Höhe von EUR 1.185,76.

Die Klägerin ist am 1963 geboren und bei der Beklagten krankenversichert. Sie war vom 07. Juli 1999 bis zum 15. Dezember 2006 mit N. D. verheiratet.

Am 04. Oktober 2004 reichte die Klägerin bei der Beklagten zwei Rechnungen des Gynäkologen Dr. M. vom 01. Juli und 20. September 2004 über Behandlungen und künstliche Befruchtungen in der Zeit vom 14. bis 21. Juni 2004 (In-vitro-Fertilisation [IVF] und Embryonentransfer) und vom 06. bis 08. September 2004 (Insemination) über EUR 932,67 und EUR 253,09 ein. Die Beklagte ermittelte in ihren Daten, dass bei der Klägerin im Februar 2004 eine nicht näher bezeichnete Sterilität diagnostiziert worden war. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 06. Oktober 2004 eine Kostenerstattung ab. Durch das Gesetz zur Modernisierung der Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 ([BGBl. I, S. 2190](#)) sei zum 01. Januar 2004 eine Altersgrenze des Ehepaares zu Beginn der Versuche eingeführt worden. Diese Regelung gelte auch schon für die Klägerin. Die Klägerin erhob Widerspruch. Mit Schreiben vom 27. Oktober 2004 teilte ihr die Beklagte mit, ihr stehe kein Entscheidungsspielraum zu und sie müsse deshalb den Widerspruch zurückweisen.

Die Klägerin erhob am 08. November 2004 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Sie trug vor, die Beschränkung der Übernahme der Kosten künstlicher Befruchtungen auf unter 40 Jahre alte weibliche Versicherte verletze Verfassungsrecht. Die Wahrscheinlichkeit einer Konzeption betrage nach dem IVF-Register in den Methoden IVS bzw. ICSI (intrazytoplasmatische Spermieninjektion) bei 39-jährigen weiblichen Versicherten 21 bzw. 20 von Hundert (v.H.), bei 40-jährigen 17 bzw. 19 v.H. und bei 41 jährigen 14 bzw. zwölf v.H ... Hierzu legte die Klägerin Aufstellungen aus dem IVF-Register 2002 vor (Bl. 23 der SG-Akte). Die Erfolgsaussichten seien daher bei einer 40-jährigen nicht viel geringer als bei 39-jährigen. Ihr könne nicht entgegengehalten werden, dass sie sich nicht vor Beginn der Behandlung mit der Beklagten in Verbindung gesetzt habe. Es habe von vornherein festgestanden, dass die Beklagte die erstrebte Sachleistung abgelehnt hätte, denn die Beklagte sei an die neue gesetzliche Vorschrift gebunden.

Die Beklagte stellte sich auf den Standpunkt, das Schreiben vom 27. Oktober 2004 stelle noch keinen Widerspruchsbescheid dar. Ihre Widerspruchsstelle wies daher den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 23. Februar 2005 zurück. In der Sache trat sie der Klage entgegen. Die Klägerin sei zu Beginn der Behandlung älter als 40 Jahre gewesen, habe also über der vorgeschriebenen Altersgrenze gelegen. Auch scheide eine Kostenerstattung aus, weil die Klägerin keine solche gewählt habe.

Mit Gerichtsbescheid vom 05. Februar 2008 wies das SG die Klage ab. Die Klägerin könne keine Kostenerstattung verlangen. Ein Kostenerstattungsanspruch reiche nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Dieser habe jedoch nicht bestanden. Die Klägerin habe nicht vor Beginn der Behandlung einen Behandlungsplan zur Genehmigung vorgelegt. Sie habe sich vielmehr überhaupt nicht mit der Beklagten in Verbindung gesetzt. Dies sei aber auch dann nötig, wenn feststehe, dass das Leistungsbegehren abgelehnt werde. Eine anders lautende Rechtsprechung habe das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 14. Dezember 2006 ([B 1 KR 8/06 R](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#)) aufgegeben. Ferner habe die Klägerin zum Zeitpunkt der Durchführung der Behandlung bereits das 40. Lebensjahr vollendet gehabt. Diese 2004 eingeführte Altersgrenze sei nicht verfassungswidrig. Sie verletze nicht den allgemeinen Gleichheitssatz. Zwar begründe sie

eine Ungleichbehandlung zwischen über und unter 40-jährigen weiblichen Versicherten. Diese sei jedoch gerechtfertigt. Der Gesetzgeber habe die Grenze von 40 Jahren als besonders geeignet ansehen dürfen, den mit der medizinischen Maßnahme verbundenen Belastungen und Risiken - etwa dem Risiko einer Fehlbildung des Kindes - entgegenzutreten. Die Norm diene auch dem Kindeswohl. Der Gesetzgeber habe unter Berücksichtigung des Alters und der potenziellen Lebenserwartung der Eltern davon ausgehen dürfen, dass die Grenze von 40 Jahren die Sorge, Obhut und Erziehung des Kindes bis zum regelmäßigen Abschluss der Schul- und Berufsausbildung durch die Mutter gewährleisten könne.

Gegen diesen Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 25. Februar 2008 Berufung zum Landessozialgericht eingelegt. Es sei daran festzuhalten, dass ein Versicherter seine Krankenkasse vor Beginn einer Behandlung nicht mit einem Sachleistungsbegehren befassen müsse, wenn - wie hier - ein totaler Leistungsausschluss vorliege. Die Einreichung eines Behandlungsplans wäre gesetzwidrig gewesen. Die Altersgrenze sei verfassungswidrig. Das Argument der unerwünschten Mutterschaft älterer Frauen greife nicht. Die Altersgrenze für Männer betrage 50 Jahre, jene für Frauen könne nicht niedriger angesetzt werden. Die Ungleichbehandlung zwischen 39- und 40-jährigen weiblichen Versicherten sei nicht gerechtfertigt. Hinsichtlich der Erfolgsaussichten einer künstlichen Befruchtung bestehe zwischen beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied. Die Konzeptionswahrscheinlichkeit sinke bereits ab dem 30. Lebensjahr ab. Eine Generalisierung und Typisierung sei nicht zulässig. Der Verstoß gegen den Gleichheitssatz sei ohne weiteres vermeidbar, wenn über 30-jährige Frauen eine konkrete Erfolgswahrscheinlichkeit für den Einzelfall nachweisen müssten. Es seien immens viele Personen betroffen. Der Verstoß sei auch intensiv, da der Ausschluss zu zusätzlichen Kosten von EUR 2.500,00 pro künstlicher Befruchtung führe.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 05. Februar 2008 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 06. Oktober 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Februar 2005 zu verurteilen, ihr die verauslagten Kosten für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung von EUR 1.185,76 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil und ihre Entscheidung.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist nicht begründet. Das SG hat die Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 06. Oktober 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Februar 2005, mit dem die Beklagte den Antrag der Klägerin auf Erstattung der Kosten für die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bei Dr. M. vom 14. bis 21. Juni und 06. bis 08. September 2004 in Höhe von EUR 1.185,76 abgelehnt hat, ist rechtmäßig. Der Klägerin steht kein solcher Anspruch zu.

Da die Klägerin im Jahr 2004 nicht nach [§ 13 Abs. 2](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattungen gewählt hatte, ist Anspruchsgrundlage für den von der Klägerin geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Danach sind dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung, soweit die Leistung notwendig war, in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Die Voraussetzungen eines solchen Anspruchs liegen nicht vor.

1. Der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (ständige Rechtsprechung vgl. z.B. BSG [SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#)). Maßgeblich ist insoweit die Sach- und Rechtslage für den Zeitraum, für welchen die Erstattung von Kosten geltend gemacht wird (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 12](#)).

Die von der Klägerin geltend gemachten Kosten sind solche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach [§ 27a Abs. 1 SGB V](#) und gehören nicht zu einer Krankenbehandlung im Sinne des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), denn sollte und konnten die Behandlung die - nicht bekannten - Ursachen der idiopathischen Sterilität der Klägerin nicht beseitigen, sondern sollte sie umgehen, indem sie trotz dieser Sterilität eine Schwangerschaft herbeiführen sollte.

a) Ein Anspruch auf Übernahme - bzw. ggf. Erstattung - von 50 v.H. der Kosten einer solchen Maßnahme setzt nach [§ 27a Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) zunächst voraus, dass der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorgelegt wird. Diese Regelung wiederholt nicht nur den Rechtsgrundsatz, dass ein Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in beiden Varianten - grundsätzlich - eine Befassung der Krankenkasse vor Beginn einer Behandlung voraussetzt. [§ 27a Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) geht schon deshalb darüber hinaus, weil diese Vorschrift bereits für die Erbringung als Sachleistung gilt. Die Genehmigung der Krankenkasse - grundsätzlich vor Behandlungsbeginn - enthält eine verbindliche Regelung über den Leistungsanspruch der oder des Versicherten insgesamt (Follmann, in: juris PK SGB V, § 27a Rn. 60 f.). Ausnahmen von diesem Grundsatz bestehen - im Gegensatz zu den allgemeinen Regelungen über Kostenerstattungsansprüche - nicht.

Diese Regelung ist auf die Klägerin anwendbar. Sie wurde mit Wirkung ab dem 01. Januar 2004 durch das GMG eingefügt. Mangels einer Übergangsregelung gilt sie für alle Sachleistungsansprüche, die nach ihrem In-Kraft-Treten erhoben worden sind.

Die Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Die Klägerin hatte der Beklagten vor Beginn des hier streitigen Behandlungszyklus keinen Behandlungsplan zur Genehmigung vorgelegt.

b) Ein Sachleistungsanspruch der Klägerin war auch nach [§ 27a Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 2](#) Variante 1 SGB V ausgeschlossen.

Nach dieser - ebenfalls ab dem 01. Januar 2004 geltenden - Vorschrift besteht ein Anspruch auf Sachleistungen auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht für weibliche Versicherte, die das 40. Lebensjahr vollendet haben. Die am 16. Januar 1963 geborene Klägerin hatte bereits am 15. Januar 2003 und damit zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft im Juni und September 2004 das 40. Lebensjahr vollendet.

Diese Regelung ist verfassungsgemäß. Dies hat das BSG in seinem Urteil vom 03. März 2009 ([B 1 KR 12/08 R](#)) entschieden. Es hat insbesondere ausgeführt, dass die Ungleichbehandlungen zwischen versicherten Männern und Frauen sowie zwischen versicherten Frauen bis zum 39. und ab Vollendung des 40. Lebensjahrs den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz aus [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) nicht verletzen. Es hat hierzu vor allem dargelegt, der Gesetzgeber habe auch bei der hier angegriffenen Regelung typisieren und generalisieren dürfen. Mit zunehmendem Alter sinke die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Befruchtung und steige das Risiko von Fehlbildungen des Kindes. Der Senat schließt sich den Ausführungen in dieser Entscheidung an. Ergänzend ist auf Folgendes hinzuweisen: Knüpft der Gesetzgeber eine Differenzierung an einen variablen Umstand wie hier die abnehmende Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Befruchtung ab dem 30. Lebensjahr der Versicherten ([Bundestags-Drucksache. 15/1525 S. 83](#)), muss er also einen Stichtzeitpunkt setzen, so steht ihm ein weiter Einschätzungsspielraum zu. Bei Regelungen über Stichtage (oder andere Stichtzeitpunkte) muss der Gesetzgeber - nur - diesen Spielraum in sachgerechter Weise nutzen, die für die zeitliche Anknüpfung in Betracht kommenden Faktoren hinreichend würdigen und eine sachlich begründete Entscheidung treffen ([BVerfGE 95, 64, 88; 101, 239, 270](#)). Vor diesem Hintergrund ist die Wahl der Vollendung des 40. Lebensjahres als Stichtzeitpunkt nicht zu beanstanden. Die Konzeptionswahrscheinlichkeit bei künstlichen Befruchtungen, sinkt ab dem 30. Lebensjahr der Frau ab. Etwa um die Vollendung des 40. Lebensjahres herum fällt sie unter 20 v.H. ... Dies ergibt sich aus den Aufstellungen aus dem IVF-Register 2002, die die Klägerin vor dem SG vorgelegt hat. Auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) ist noch im Jahr 2007 unter Zugrundelegung des Deutschen IVF-Registers 2005 davon ausgegangen, dass die Konzeptionswahrscheinlichkeit durch eine Behandlung nach der ICSI-Methode für unter 35-jährige Frauen bei über 30 v.H. liegt, für über 40-jährige dagegen nur bei etwa zwölf v.H. ([BVerfGE 117, 316, 319](#), insoweit in [SozR 4-2500 § 27a Nr. 3](#) nicht abgedruckt). An diesen Wert durfte der Gesetzgeber anknüpfen, ohne seine Obliegenheiten bei der Festlegung von Stichtzeitpunkten zu verletzen.

2. Darüber hinaus ist der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in seinen beiden Varianten aus einem weiteren Grund ausgeschlossen. Es fehlt hier an der Voraussetzung, dass dem Versicherten dadurch Kosten entstanden sind, dass die Beklagte die Leistung abgelehnt hat.

Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach ständiger Rechtsprechung aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) soll einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall gewähren, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15; SozR 4-2500 § 13 Nr. 8; SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#)). Dieses Verfahren ist entgegen früherer Andeutung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 34 Nr. 2](#)) auch zu fordern in Fällen, in denen von vornherein feststand, dass eine durch Gesetz oder Verordnung von der Versorgung ausgeschlossene Sachleistung verweigert werden würde und sich der Versicherte dadurch gezwungen gesehen hat, die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. jetzt eingehend BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#) unter Hinweis auf die hier nicht einschlägige - Besonderheit der Verschreibung nicht zum Leistungskatalog gehörender Arzneimittelverordnungen auf Privatrezept). Nur bei einer Vorabprüfung können die Krankenkassen ihre - Gesundheitsgefahren und wirtschaftlichen Risiken vorbeugenden - Beratungsaufgaben erfüllen, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen und ggf. aufzeigen, welche Leistungen an Stelle der begehrten in Betracht kommen.

Die Klägerin hatte sich vor Beginn der hier streitigen Behandlung bzw. der Behandlungszyklen im Juni und September 2004 nicht mit einem entsprechenden Sachleistungsbegehren an die Beklagte gewandt, obwohl ihr dies möglich gewesen wäre.

3. Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#). Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor. Insbesondere kommt der Frage nach der Verfassungsmäßigkeit des [§ 27a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) keine grundsätzliche Bedeutung mehr zu, nachdem das BSG diese Frage in seinem Urteil vom 03. März 2009 beantwortet hat.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-10-14