

## L 5 KR 94/18

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Augsburg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 6 KR 537/17  
Datum  
30.01.2018  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 5 KR 94/18  
Datum  
15.01.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Abgebrochene Versuche der künstlichen Befruchtung zählen nicht als Behandlungsmaßnahme.
  2. Abgebrochene Maßnahmen zählen auch bei freiwilligen Satzungsleistungen nicht als versuchte Behandlungsmaßnahme
- I. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 30.01.2018 aufgehoben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 22.05.2017 in Fassung des Widerspruchsbescheids vom 28.09.2017 verurteilt, der Klägerin den Eigenteil des im November /Dezember 2017 begonnenen Behandlungszyklus in Höhe von 1.669,99 EUR zu erstatten.
- II. Die außergerichtlichen Kosten der Klägerin trägt die Beklagte in beiden Instanzen.
- III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung von Behandlungskosten zur künstlicher Befruchtung als Satzungsleistung.

1. Die 1981 geborene Klägerin und ihr 1984 geborener Ehemann sind Mitglieder der Beklagten. Nach ihren Angaben sind die Eheleute aufgrund ihres bislang unerfüllten Kinderwunsches zur Beklagten gewechselt, da diese mit Satzungsleistungen erworben hat in Form der gänzlichen Kostenerstattung bei künstlicher Befruchtung, wenn beide Ehepartner Mitglieder der Beklagten sind.

Die Bestimmung des § 19b Abs. 1 der Satzung der Beklagten ("Mehrleistung für künstliche Befruchtung"), lautet: "Die DAK-Gesundheit übernimmt für ihre Versicherten, die nach [§ 27a SGB V](#) Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen in Höhe von 50% der Behandlungskosten für die ersten drei Versuche weitere 50% der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten."

2. Am 17.10.2016 beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Vorlage eines Behandlungsplans der MVZ- Kinderwunschpraxisklinik C-Stadt vom 12.10.2016 die Kostenübernahme für eine In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryonentransfer. Am 27.10.2016 genehmigte die Beklagte den Behandlungsplan und teilte mit Schreiben vom 27.10.2016 mit, dass satzungsgemäß auch die Kosten des gesetzlichen Eigenanteils übernommen werden. Dazu erklärte die Beklagte, dass bei Einreichung der Eigenanteilsrechnungen für nicht komplett durchgeführte Maßnahmen diese auf die Anzahl der auf den Behandlungsplan genehmigten Versuche angerechnet würde. Insgesamt würde die Übernahme des Eigenanteils für maximal drei Kinderwunschbehandlungen erteilt, jedoch nicht mehr als durch den Behandlungsplan genehmigte Maßnahmen. Das Schreiben erläuterte weiterhin, welche Unterlagen zur Leistungsgewährung benötigt werden und war nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen.

Im Oktober/November 2016 und Februar 2017 wurden zwei Behandlungszyklen bereits im Stadium der hormonellen Stimulation der Klägerin abgebrochen. Mangels schlechter Reifung der Eizellen kam es in beiden Fällen weder zur Entnahme von weiblichen Eizellen noch zur in-vitro Befruchtung (vgl. Rechnungen des IVF-Zentrums C-Stadt vom 16.11.2016 und 22.02.2017). Die Beklagte erstattete der Klägerin die noch vor der Follikelreifung abgebrochenen Hormonbehandlungen einen Betrag von 551,44 EUR (Arzneimittelkosten 447,55 EUR, Arztkosteneigenanteil 103,89 EUR) bzw. von 582,97 EUR (Arzneimittelerigenanteil 478,59 EUR, Arztkosteneigenanteil 104,83 EUR).

Die folgende Behandlungsmaßnahme im Februar/März 2017 wurde mit einem Embryonentransfer abgeschlossen, führte aber nicht zu einer Schwangerschaft. Die Eigenanteile der Arzt- und Arzneimittelkosten für diese Maßnahme erstattete die Beklagte (in Höhe von 1.516,35

EUR).

Mit Schreiben vom 03.04.2017 beantragte die Klägerin unter Vorlage eines neuen Behandlungsplans des MVZ C-Stadt vom 14.03.2017 die Kostenübernahme für eine intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Mit Schreiben vom 20.04.2017 erklärte sich die Beklagte bereit, dafür Kosten für zwei Zyklen in Höhe des gesetzlichen Anteils von 50 % zu übernehmen. Die Genehmigung für den gegebenenfalls erforderlichen dritten Zyklus bei Durchführung einer ICSI-IVF-Behandlung erfolge unter dem Vorbehalt, dass in einem der beiden ersten Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden habe. Als Satzungsleistung seien auch die noch vor der Eizellenreifung abgebrochenen Hormonbehandlungen zu zählen. Dagegen wandte sich der Ehemann der Klägerin und erklärte, dass sie nicht darauf hingewiesen worden seien, dass auch vorzeitig abgebrochene Versuche einer Behandlungsmaßnahme gleichgestellt seien. Mit Schreiben vom 22.05.2017 bewilligte die Beklagte der Klägerin daraufhin im Rahmen einer Einzelfallentscheidung die Übernahme der Kosten des Eigenanteils für einen weiteren Versuch. Auch dieses Schreiben war nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen.

3. Mit Widerspruch vom 22.06.2017 trug die Klägerin vor, die Beklagte habe mit der Satzungsleistung geworben, den Eigenanteil der Kinderwunschbehandlung im Ergebnis zu 100 % zu finanzieren. In Bezug auf den bevorstehenden Behandlungsversuch spreche die Beklagte vom vierten Versuch. Bei richtlinienkonformer Bewertung der bisherigen Behandlungschronologie handle es sich bei dem bevorstehenden Versuch jedoch um den zweiten Versuch. In der bisherigen Behandlung seien die ersten beiden Zyklen vorzeitig im Stadium der begonnenen Stimulation abgebrochen worden. Diese Schritte zur Behandlung dürfen nicht einer erfolglos durchgeführten Behandlung gleichgesetzt werden.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28.09.2017 zurück. Nach § 19b Abs. 1 der Satzung übernehme die Beklagte für Versicherte, die nach § 27a SGB Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung hätten, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen in Höhe von 50 % der Behandlungskosten für die ersten drei Versuche weitere 50% der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme. Ein Versuch im Sinne der Satzung beginne mit dem Tag der Verordnung der Medikamente, die zur Stimulation der Eierstöcke benötigt würden. Von § 19b Abs. 1 der Satzung würden daher nicht nur beendete, sondern auch vorzeitig abgebrochene Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erfasst. Soweit die Beklagte dennoch abweichend von der dargestellten Rechtslage am 20.04.2017 die Erstattung des Eigenanteils für einen vierten Versuch, diesmal nach der ICSI-Methode zugesagt habe, verbleibe es aus Gründen des Vertrauensschutzes dabei. Eine weitergehende Übernahme des Eigenanteils sei nicht möglich.

Ein weiterer Behandlungszyklus, durchgeführt im November/Dezember 2017 hat zur Schwangerschaft der Klägerin und zur Geburt eines gesunden Jungen geführt.

4. Die Klägerin hat Klage zum Sozialgericht Augsburg erhoben und vorgetragen, [§ 27a SGB V](#) und die dazu ergangenen Richtlinien (Richtlinien des Bundesausschusses der A&776;rzte und Krankenkassen u&776;ber a&776;rztliche Maßnahmen zur ku&776;nstlichen Befruchtung - "Richtlinien u&776;ber ku&776;nstliche Befruchtung" - in der Fassung vom 14. August 1990, ver-o&776;ffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1990, Nr. 12, zuletzt gea&776;ndert am 16. Ma&776;rz 2017, ver-o&776;ffentlicht im Bundesanzeiger BA NZ AT 01.06.2017 B4, in Kraft getreten am 2. Juni 2017) normierten eine Höchstgrenze auf drei Behandlungszyklen. Die Richtlinien definierten, dass abgebrochene Behandlungszyklen dabei nicht mitzählten ("Eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht für die jeweiligen Behandlungsmaßnahmen dann nicht, wenn sie ...vollständig durchgeführt wurden, ohne dass eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist."). Entsprechend dem bisherigen Behandlungsverlauf habe die Klägerin also erst zwei Behandlungszyklen erhalten. Dies bedeute in der Folge, dass noch ein weiterer Behandlungszyklus, nämlich der dritte, zu leisten sei. Die Beklagte könne auch bei Satzungsleistungen nicht von den dafür maßgeblichen gesetzlichen Vorgaben abweichen. Wenn eine andere Zählweise für die Satzungsleistungen gewählt wird, müsse dies in der Satzung zum Ausdruck kommen. Der Satzung sei aber nicht zu entnehmen, dass die Beklagte bei den Satzungsleistungen vom gesetzlichen Rahmen abweichen wolle. Folglich gelte der gesetzliche Leistungsrahmen.

Die Beklagte hat erwidert, dass abgesehen davon, dass sie bei der Auslegung ihrer eigenen Satzung einen weiten Spielraum habe und die Klägerin bereits in der Bewilligung vom 27.10.2016 darauf hingewiesen worden sei, dass auch nicht komplett durchgeführte Maßnahmen mitzählten, seien die Begriffe "Maßnahme" und "Versuch" schon umgangssprachlich nicht deckungsgleich. Ein Versuch zur Herbeiführung einer Schwangerschaft beginne mit der Verordnung der Medikamente, die zur Stimulation der Eierstöcke benötigt würden. Dieser Versuch dürfe nachträglich kein "Nichtversuch" werden. Entsprechend ihrer Satzung habe die Beklagte die volle Kostenübernahme für drei Versuche zur künstlichen Befruchtung zugesagt. Eine Übernahme des Eigenanteils von 50 % für weitere Versuche komme deshalb nicht in Betracht. Entgegen der Auffassung der Klägerseite gebe es keine rechtliche Verpflichtung, die Begriffe Versuch bzw. Behandlungsversuch mit dem Begriff der "Maßnahme" im Sinne von [§ 27a Abs. 1 SGB V](#) sowie der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinie über künstliche Befruchtung gleichzusetzen.

Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen mit Urteil vom 30.10.2018. Die Voraussetzungen einer Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) lägen mangels Kausalität nicht vor, die Klägerin habe sich von vorne herein darauf festgelegt, die Maßnahmen auf künstliche Befruchtung auszuschöpfen. Zudem habe der Bescheid vom 27.10.2016 das Anspruchsverhältnis zwischen den Beteiligten abschließend geregelt. Letztlich habe die Beklagte den Begriff "Versuch" in ihrer Satzung zutreffend und ausreichend festgelegt.

5. Dagegen hat die Klägerin fristgerecht Berufung eingelegt und vorgetragen, es läge keine unzulässige Selbstbeschaffung vor. Das Schreiben vom 27.10.2016 sei kein Verwaltungsakt, die Zählweise der Beklagten sei nicht zulässig. Die Satzungsleistung knüpfe an [§ 27a SGB V](#) an, daher sei ein Gleichlauf zu erwarten. Die Klägerin hat Rechnungen vorgelegt, aus denen sich ein Eigenanteil an Medikamenten und Arztkosten für den Behandlungszyklus November/Dezember 2017 in Höhe von 1.669,99 EUR errechnet.

Die Beklagte hat geltend gemacht, ihre Satzung entspreche den gesetzlichen Voraussetzungen, zudem sei der Klägerin die Auslegung der Beklagten im Bewilligungsbescheid vom 27.10.2016 ausdrücklich mitgeteilt worden.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 30.01.2018 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 22.05.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbeseides vom 28.09.2017 zu verurteilen, der Klägerin den Eigenanteil der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung des im November /Dezember 2017 begonnenen Behandlungszyklus in Höhe von 1.669,99 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakte der Beklagten. Auf diese wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig (§§ 143, 151 SGG) und begründet.

Zu Unrecht hat das Sozialgericht die Klage auf Kostenerstattung abgewiesen. Die Klägerin hat einen Anspruch aus § 19b Abs. 1 der Satzung der Beklagten (§§ 11 Abs. 6, 194 Abs. 2 S. 2 SGB V) auf Erstattung der Kosten des geleisteten Eigenanteils für die Behandlung im November/Dezember 2017 in Höhe von 1.669,99 EUR. Der Anspruch ergibt sich direkt aus der Satzung (dazu Ziff. I) als ergänzender Anspruch parallel zur GKV-Leistung (dazu Ziff. II). Deshalb werden das gegenständliche Urteil, der Bescheid und der Widerspruchsbescheid, welche die Klägerin in ihren Rechten auf Kostenerstattung verletzen, aufgehoben und die Beklagte antragsgemäß zur Zahlung verurteilt.

I. Die Anspruchsgrundlage auf Kostenerstattung ist die Satzung der Beklagten.

1. In Auswertung der Akten der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge ist zunächst festzustellen, dass die Klägerin und ihr Ehemann sämtliche Voraussetzungen des § 27a SGB V erfüllen. Medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind nach ärztlichen Feststellungen erforderlich, die übrigen Voraussetzungen nach § 27a Abs. 1 Nr. 2-5 SGB V liegen vor, die Altersgrenzen des § 27a Abs. 3 S. 1 SGB V sind eingehalten, die Behandlungspläne sind zur Genehmigung gem. § 27 Abs. 3 S. 2 SGB V vorgelegt worden. In der Folge sind auch die entsprechenden Voraussetzungen tatbestandlich erfüllt, die § 19b der Satzung aufbauend auf der gesetzlichen Regelung verlangt. Auch sind die Eigenanteilskosten in Höhe von 1.699,99 EUR tatsächlich angefallen, beziffert und belegt. Diese Voraussetzungen sind im Übrigen auch zwischen den Beteiligten nicht streitig.

2. Aus dem Wortlaut "übernimmt die Kosten" ergibt sich ein direkter Kostenerstattungsanspruch aus der Satzung. Es bedarf keines Rückgriffs auf § 13 Abs. 3 SGB V als Anspruchsgrundlage, denn § 13 Abs. 3 SGB V ist als gesetzlicher Kostenerstattungsanspruch vorliegend nicht vorrangig. Dieser regelt im Grundsatz einen Fall des sog. Systemversagens, die nicht rechtzeitige Erbringung einer Leistung (Abs. 3 S. 1 Alt. 1) oder die rechtswidrige Leistungsablehnung (Abs. 3 S. 1 Alt. 2), als Ausprägung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches (BSGE 79, 125 (126); NZS 2007, 84 (86)). Er verpflichtet die Krankenkassen zur Vornahme einer Rechtshandlung zur Herstellung desjenigen Zustandes (= Kostenerstattung) der bestehen würde, wenn sie ihrer Rechtspflicht systemgemäß nachgekommen wäre (vgl. BSGE 65, 21 (26)), d.h. rechtzeitig geleistet (§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 1 SGB V) oder die Leistung nicht zu Unrecht verweigert (§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 2 SGB V) hätte (vgl. Kingreen in Becker/Kingreen, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Aufl. 2018, § 13 Rz. 16f.). Vorliegend hat die Beklagte hingegen die gesetzlich bestimmten Leistungen erbracht. Sie hat für den streitgegenständlichen Behandlungszyklus November/Dezember 2017 die Kosten gemäß § 27a SGB V übernommen.

Streitig ist allein der genuine Anspruch auf Kostenerstattung als Satzungsleistung, und zwar direkt aus dem Mitgliedschaftsverhältnis der Klägerin und deren Ehemanns bei der Beklagten. Beide erfüllen tatsächlich das über die Voraussetzungen des § 27a SGB hinausgehende Erfordernis der Mitgliedschaft bei der Beklagten. Systemkonform rechnen die Leistungserbringer, wie es § 27a SGB V vorsieht, 50% der erbrachten Leistungen mit der Beklagten direkt ab und 50% mit ihren Patienten (Ärzte) bzw. Kunden (Apotheken) ab. Diesen Eigenanteil bekommen die Versicherten der Beklagten dann als Satzungsleistung erstattet. Weil hier die Leistung satzungswidrig nicht erfolgt ist, hat die Klägerin einen direkten Anspruch aus der Satzung.

II. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Erstattung des Eigenanteils für drei Behandlungsmaßnahmen aus der Satzung. Bei der Begrenzung auf drei Versuche zählen nur Befruchtungsversuche, welche vollständig durchgeführt worden sind, ohne eine Schwangerschaft zu begründen. Dies sieht § 27a SGB V vor (dazu 1.). Eine andere Definition von "Versuch" in der Satzung durch Auslegung der Beklagten ist mangels Transparenz nicht zulässig (dazu 2.). Die Definition ist auch nicht durch das Schreiben vom 27.10.2016 im Verhältnis zu Klägerin anspruchsbegrenzend festgesetzt worden (dazu 3.).

1. Ausgangspunkt ist der Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung als GKV-Leistung nach § 27a SGB V. Das ergibt sich aus dem Wortlaut des § 19b der Satzung "zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen". Auch nach Auffassung und Praxis der Beklagten zählen für § 27a SGB V nur abgeschlossene Behandlungsversuche, d.h. inklusive Befruchtung und Embryonentransfer. Dies regelt die Richtlinie des G-BA gemäß § 27a Abs. 4 SGB V. Abgebrochene Versuche zählen dabei nicht als Behandlungsmaßnahme (RL Ziff. 8, allg. Meinung Lit. z.B. KassKomm, Orlowski/Rau/Wasem, BeckOK, BT-Dr. 11/6760 S. 145, BR-Drucks. 65/90, S. 34). Denn Hintergrund der gesetzgeberischen Begrenzung auf drei Versuche ist nicht eine Kostenbegrenzung im Rahmen der Leistungen nach § 27a SGB V - dies wird durch den Eigenanteil geregelt - sondern das Tatbestandsmerkmal der hinreichenden Erfolgsaussicht. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass diese nach drei Versuchen (vor 2004 nach vier Versuchen) nicht mehr besteht, da aus medizinischer Sicht die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft danach deutlich zurückgeht (BT-Drucks. 15/1525, S. 83). Unter dem gleichen Gesichtspunkt hat der Gesetzgeber das weibliche Höchstalter auf 40 und das männliche auf 50 Jahre begrenzt (§ 27a Abs. 3 S. 1 SGB V). Wenn jedoch Schwangerschaften eintreten, besteht ein Anspruch gegen die GKV auf weitere Leistungen der künstlichen Befruchtung ohne numerische Beschränkungen.

Diese Regelungen stehen auch für die Beklagte außer Frage, denn sie hat 50% der Kosten für die streitgegenständliche Behandlung im November/Dezember 2017 als GKV-Leistung übernommen.

2. § 19b der Satzung der Beklagten bestimmt für die zusätzlichen Leistungen keine anderen Voraussetzungen als § 27a SGB V für den gesetzlichen Anteil.

a. Die Beklagte legt ihre Satzungsleistung auf Übernahme des Eigenanteils dahingehend aus, dass der Versuch der Herbeiführung einer Schwangerschaft bereits mit der Verordnung der hormonstimulierenden Medikamente beginnt.

"Medizinische Maßnahmen" iSd. [§ 27a SGB V](#) bezeichnen nicht die einzelnen medizinischen Vorgänge, die zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich sind, sondern mehrere aus solchen Einzelvorgängen zusammengefasste Gesamtvorgänge bezogen auf jeweils einen Behandlungszyklus. Dies folgt aus dem Zweck der Vorschrift. Ausgangspunkt ist der natürliche Zeugungsakt, mit dem eine Schwangerschaft herbeigeführt werden soll. Diesen ersetzt die künstliche Befruchtung. Mit dem Maßnahmebegriff wird zeitlich der zyklusbezogene extrakorporale Befruchtungsvorgang samt Eizellenübertragung umschrieben (LSG NRW - [L 5 KR 20/07](#) unter Verweis auf vgl. BSG [SozR 3-2500 § 27a Nr. 1](#); BSG [SozR 4-2500 § 27a Nr. 1](#)). Die so definierte Maßnahme der Befruchtung kann zu zwei Ergebnissen führen; entweder es kommt zur Befruchtung und Schwangerschaft, dann liegt eine erfolgreiche Maßnahme vor; oder die Gesamtmaßnahme bleibt nach dem Embryonentransfer ohne Erfolg, so dass sie nur der Versuch der künstlichen Befruchtung bleibt. Dem widerspräche es, die Gesamtheit der Maßnahme aufzuteilen und einen Versuch bereits bei Abbruch im Stadium der Follikelreifung anzusetzen. Auch das Verwaltungs-/Beihilferecht stellt bei einem Behandlungsversuch auf den durch einen Embryonentransfer abgeschlossenen Behandlungsvorgang ab (vgl. OVG Münster, Urt. v. 19.01.2018 - [1 A 2044/15](#)).

Die Begrifflichkeit des "Maßnahmenversuchs" kennt weder das Gesetz noch die Richtlinie des G-BA. Die Maßnahmen, in ihren verschiedenen Einzelvorgängen zur Substitution des Zeugungsakts, insgesamt stellen den Versuch der Herbeiführung einer Schwangerschaft dar.

b. Die Beklagte ist im Rahmen ihrer Zusatzangebote ([§ 11 Abs. 6 SGB V](#)) grundsätzlich berechtigt, einen Unterschied zu machen zwischen der Maßnahme, als Versuch der Herbeiführung einer Schwangerschaft, und dem Versuch der Maßnahme, d.h. eine Beschränkung ihrer Leistungspflicht auf Einzelvorgänge wie bspw. die hormonell unterstützte Eizellreifung. Sie müsste dies jedoch im Satzungswortlaut unmissverständlich deutlich machen (etwa "Der Versuch wird dabei - anders als im Rahmen der Leistung nach [§ 27a SGB V](#) - nicht als die durch Embryonentransfer abgeschlossene Maßnahme definiert, sondern beginnt bereits mit der Verordnung hormonstimulierende Medikamente"). Dies fordert der Gesetzgeber im Rahmen der Mehrleistungen. Mit der gesetzgeberischen Erlaubnis, den Preiswettbewerb der Krankenkassen in [§ 242 SGB V](#) mit einem Leistungs- und Qualitätswettbewerb zu ergänzen, besteht grundsätzlich die Gefahr, dass die Kassen mit Zusatzangeboten gezielt um attraktive Versicherte werben (zur sozialpolitischen Problematik siehe Becker/Kingreen in Becker/Kingreen, SGB V, 6.Aufl. 2018, § 11 Rz. 40). Nachvollziehbar besteht dieses Risiko insbesondere bei Satzungsleistungen im Bereich der künstlichen Befruchtung, die auf der Mitgliedschaft beider Ehepartner aufsetzen. Der Gesetzgeber fördert zwar den Wettbewerb der Kassen, fordert dabei jedoch auch, dass die Art, die Dauer und der Umfang der jeweiligen Satzungsleistungen klar durch die Krankenkassen definiert und für den Einzelnen Versicherten verständlich dargestellt werden (BT- Drucks 17/6906, S. 53). Hier wird zwischen dem Anspruch aus dem Gesetz und dem "zusätzlichen" Anspruch aus der Satzung auf die ergänzenden 50% der Gesetzesleistung eine Unterscheidung vorgenommen, ohne dies ausreichend transparent zu machen. Nach dem Empfängerhorizont eines verständigen Versicherten ist nicht ersichtlich, dass die Kostenübernahme in Höhe von 50% aus [§ 27a SGB V](#) nach anderen Voraussetzungen erfolgt als die Kostenerstattung der übrigen 50% aus der Satzung.

Die einschränkende Auslegung von § 19b der Satzung durch die Beklagte ist im Ergebnis nicht zulässig. Der Anspruch auf Leistung aus der Satzung besteht daher in dem Umfang, den ein verständiger Versicherten aus seinem Mitgliedschaftsverhältnis erwarten kann.

3. Zu keinem anderen Ergebnis führt das Schreiben der Beklagten vom 27.10.2016. Die Beklagte legt darin erstmals ihre Auslegung von § 19b der Satzung offen, indem sie mitteilt, dass nicht komplett durchgeführte Maßnahmen auf die Anzahl der Versuche angerechnet werden.

Es ist festzustellen, dass das Schreiben der Beklagten vom 27.10.2016 nicht die tatsächlichen Voraussetzungen eines Verwaltungsakts nach [§ 31 SGB X](#) enthält. Obgleich die Überschrift "Genehmigung der Kinderwunschbehandlung" einen Regelungsgehalt im Einzelfall verspricht, folgt dieser nicht. Das Schreiben enthält keinen Entscheidungstenor, sondern nur Mitteilungen zur Satzungsauslegung und der einzureichenden Unterlagen. Die Genehmigung der Leistungen nach [§ 27a SGB V](#) iSd [§ 31 SGB X](#) ist separat auf dem Behandlungsplan des MVZ erfolgt. Dieser ist nicht streitgegenständlich.

Wenn man dennoch von einem Bescheid ausgehen will, ist dieser nicht bestandskräftig, sondern Gegenstand des Widerspruchsverfahrens geworden. Der Widerspruch der Klägerin vom 22.06.2017 (mangels Rechtsbehelfsbelehrung des Schreibens vom 27.10.2016 mit Widerspruchsfrist gemäß [§ 66 Abs. 2 SGG](#)) bezieht sich auf die Begrifflichkeit bzw. Zählweise der "Versuche" im Rahmen der Kostenerstattung des Eigenanteils und erfasst daher auch die Auslegung der Beklagten im Schreiben vom 27.10.2016.

III. Nicht streitgegenständlich sind eventuelle Rückforderungsansprüche der Beklagten hinsichtlich der Kostenerstattung für die abgebrochenen Maßnahmen im Oktober/November 2016 und Februar 2017. Klarzustellen ist insoweit, dass im Rahmen der GKV-Leistung gemäß [§ 27a SGB V](#) die Hormonstimulation ein Einzelschritt der Behandlungsmaßnahme ist (vgl. Ziff. 12.3 der Richtlinie über künstliche Befruchtung). Die Kosten von vorbereitenden Hormonstimulationen werden als GKV-Leistung (zu jeweils 50%) ohne numerische Begrenzung übernommen. Ein Gleichlauf von Satzungsleistung und gesetzlicher ist auch hier Inhalt der Satzung.

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

Die Revision wird zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)). Die Auslegung einer zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung noch im selben Wortlaut bestehenden Satzungsbestimmung einer bundesweit tätigen Krankenkasse mit knapp sechs Millionen Versicherten hat grundsätzliche Bedeutung.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-03-22