

L 24 KR 1118/05

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
24
1. Instanz
SG Neuruppin (BRB)
Aktenzeichen
S 9 KR 4/04
Datum
19.08.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KR 1118/05
Datum
02.11.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Neuruppin vom 19. August 2005 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten noch Kostenerstattung für eine dritte, im Jahre 2003 durchgeführte ICSI-Behandlung von der Beklagten in Höhe von 3.985,97 Euro.

Die 1974 geborene Klägerin, die bei der Beklagten krankenversichert ist, ist mit A K verheiratet, der ebenfalls gesetzlich krankenversichert ist (BKK Verkehrsbau Union).

Mit Schreiben vom 26. Februar 2003 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Durchführung von vier kompletten Behandlungszyklen mit In-vitro-Fertilisation (IVF) unter zusätzlicher Anwendung des intracytoplasmatischen Spermieninjektionsverfahrens (ICSI). Dem im reproduktionsmedizinischen Zentrum im LC B - Dres. T & M gefertigten Antrag war eine Stellungnahme dieser Einrichtung beigelegt, wonach, obwohl beim Ehemann der Klägerin die vom Bundesausschuss aufgestellten Kriterien nicht vorlägen - zwei Ejakulatanalysen vom 24. Januar 2003 und 24. Februar 2003 -, dennoch eine Leistungspflicht der GKV bestünde. Zuvor waren fünf erfolglose Inseminationszyklen und ein erfolgloser IVF-Behandlungszyklus durchgeführt worden.

Mit Bescheid vom 05. März 2003 wies die Beklagte den Antrag ab und begründete dies damit, dass die Indikationen für die ICSI-Behandlung nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über künstliche Befruchtung vom 26. Februar 2002, in Kraft seit 01. Juli 2002 nicht vorlägen.

Auf den Widerspruch der Klägerin vom 31. März 2003 holte die Beklagte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg EV (MDK) ein. Dort wurde dargelegt, dass die Indikation gemäß der Richtlinie nicht vorläge, der die wissenschaftliche Aufbereitung der Daten nach ICSI bei andrologischer Fertilität zugrunde gelegen habe. Welchen Stellenwert die ICSI bei immunologischer Infertilität haben könne, sei durch eine entsprechende Datenanalyse aufzuklären und es müsste dann ein entsprechender Antrag beim Bundesausschuss eingebracht werden. Solange dies nicht geschehen sei, bestünde keine Leistungspflicht für weitere Indikationen. Während des Widerspruchsverfahrens wurde durch Dres. T & Metzger eine weitere IVF-ICSI-Behandlung durchgeführt, die jedoch wiederum nicht zur Gravidität führte und für die 1.596,65 Euro in Rechnung gestellt wurden.

Mit einem weiteren Bescheid vom 06. Oktober 2003 lehnte die Beklagte den Antrag vom 26. Februar 2003 nochmals ab, nachdem der MDK in einer weiteren Stellungnahme vom 26. August 2003 dargelegt hatte, dass die Veränderungen im Spermogramm des Ehegatten nicht so hochgradig seien, dass eine ICSI-Indikation vorläge. Die Beklagte erklärte sich im Rahmen einer einmaligen Ausnahmeregelung ohne Anerkennung eines Rechtsanspruchs für zukünftig ähnlich oder gleich gelagerte Fälle dennoch bereit, die Kosten der ICSI-Behandlung am 31. März 2003 zu erstatten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 09. Dezember 2003 wies die Beklagte den auch hiergegen eingelegten Widerspruch zurück.

Dagegen hat sich die am 09. Januar 2004 beim Sozialgericht Neuruppin erhobene Klage gerichtet, die im Wesentlichen damit begründet wurde, die Auffassung der Beklagten, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen stellten eine abschließende

Regelung der Ansprüche nach [§ 27 a SGB V](#) dar, sei unzutreffend. Auch wenn diese die Fälle idiopathischer Sterilität, wie sie hier vorläge, nicht erfassten, schließe dies den geltend gemachten Anspruch auf Kostenerstattung nicht aus, da der Ausschuss keine Befugnis habe, einzelne Indikationen von der Leistungspflicht auszuschließen.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 09. Dezember 2003 zu verurteilen, die der Klägerin entstehenden Kosten für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung mittels In-vitro-Fertilisation (IVF)/intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) zu übernehmen.

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich hierzu auf den Inhalt der angefochtenen Bescheide berufen.

Mit Gerichtsbescheid vom 19. August 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung auf die Ausführungen in dem Widerspruchsbeschcheid vom 09. Dezember 2003 verwiesen. Darüber hinaus hat das Sozialgericht ausgeführt:

Hinzuzufügen ist lediglich, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: gemeinsamer Bundesausschuss) in Nr. 11.5 Richtlinien über künstliche Befruchtung in der ab 01. Juli 2002 geltenden Fassung die Indikation für die Durchführung von ICSI auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung wirksam auf eine durch zwei aktuellen Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen nachgewiesene männliche Fertilitätsstörung beschränken und dafür nähere Kriterien bestimmen konnte.

Das Bundessozialgericht hatte bereits in seinem Urteil vom 03. April 2001, Az.: [B 1 KR 40/00 R](#), ausgeführt, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen müsse präzisieren, bei welchen Indikationen die ICSI auf Kosten der gesetzlichen Krankenkasse gerechtfertigt sei. Zur Beschränkung in dieser Hinsicht könne Anlass bestehen, weil die Methode im Verhältnis zur konventionellen In-vitro-Fertilisation offenbar erheblich öfter angewandt wird, als es nach der statistischen Verteilung von Fertilitätsstörungen in der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung zu erwarten wäre. Welche Gründe dafür verantwortlich seien und ob es - auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten - deshalb geboten sei, die ICSI beispielsweise nur bei strenger Indikationsstellung als Kassenleistung zuzulassen, sei nicht vom Gericht, sondern vom Bundesausschuss zu entscheiden.

Die Entscheidung des Bundesausschusses, die ICSI nur in ihrem originären Anwendungsbereich bei männlicher Fertilitätsstörung zuzulassen, ist nach diesen Grundsätzen nicht zu beanstanden und stellt eine von [§ 27 a Abs. 4 SGB V](#) gedeckte Bestimmung der medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft dar. Das Anliegen, die ICSI bei fehlendem Erfolg der übrigen Methoden zur künstlichen Befruchtung als letzte Möglichkeit einsetzen zu können, ist zwar durchaus nachvollziehbar. Eine Kostenübernahme hierfür durch die Gesetzliche Krankenversicherung ist aber weder durch [§ 27 a SGB V](#) noch Grundrechte geboten. Der von der Klägerin vermisste sachliche Grund für in Nr. 11.5 Richtlinien über künstliche Befruchtung getroffene restriktive Regelung bezüglich der ICSI liegt darin, dass die Methode im Verhältnis zur konventionellen In-vitro-Fertilisation offenbar erheblich öfter angewandt wird, als es nach der statistischen Verteilung von Fertilitätsstörungen in der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung zu erwarten wäre.

Gegen diesen, den Bevollmächtigten der Klägerin am 24. August 2005 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich deren Berufung vom Montag, dem 26. September 2005, mit der sie ihr Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren wiederholen und vertiefen, insbesondere erneut die Auffassung vertreten, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteile vom 03. April 2001 ([B 1 KR 22/00 R](#) und [B 1 KR 40/00 R](#)) könne der Ermächtigung auf Grundlage des [§ 27 a Abs. 4 SGB V](#) keine Befugnis des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entnommen werden, einzelne Indikationen von der Behandlung und damit von der Leistungspflicht der Krankenkassen auszuschließen. Wenn die bei der Klägerin und ihrem Ehemann vorliegende Indikation daher in den Richtlinien nicht enthalten sei, sei die Kostenerstattung dennoch nicht ausgeschlossen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Neuruppin vom 19. August 2005 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 05. März 2003 und Änderung des Bescheides vom 06. Oktober 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. Dezember 2003 zu verurteilen, der Klägerin Kosten für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach der IVF-ICSI-Methode in Höhe von 3.985,97 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Sie ist der Auffassung, der Bundesausschuss sei dazu berechtigt, Indikationen für die Erstattung festzulegen. Die Beschlussfassung dieser Indikationen erfolge im Einvernehmen mit den Vertretern der Ärzteschaft.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten (zu), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte Berufung ist form- und fristgerecht erhoben, somit insgesamt zulässig.

Sie ist jedoch nicht begründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Bescheide vom 05. März 2003 und 06. Oktober 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. November 2003 unterliegen keiner Beanstandung. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die vom 06. November 2003 bis zum 09. Dezember 2003 durchgeführten Maßnahmen einer weiteren IVF-ICSI-Behandlung.

Anspruchsgrundlage ist [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Erfolgte jedoch die Ablehnung zu Recht, so liegen die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) für eine Kostenerstattung nicht vor. Danach darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die Leistung war nicht unaufschiebbar und die Beklagte hat sie nicht zu Unrecht, sondern zu Recht abgelehnt.

Entscheidungsgrundlage ist [§ 27 a SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung. Danach umfassen die Leistungen der Krankenbehandlung auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind, 2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht in der Regel nicht mehr, wenn die Maßnahme viermal ohne Erfolg durchgeführt worden ist; 3. die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind, 4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und 5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt hier an einen der Ärzte oder eine der Einrichtung überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121 a erteilt worden ist.

Nach Abs. 4 dieser Vorschrift bestimmt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Abs. 1.

In dem zum 01. Juli 2002 aufgrund des Beschlusses des Bundesausschusses vom 26. Februar 2002 in Kraft getretenen Richtlinien über künstliche Befruchtung (Bundesanzeiger 2002 Nr. 92) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung war als Indikation für die ICSI unter Ziffer 11.5 festgelegt, dass eine männliche Fertilitätsstörung durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermias bestimmte Grenzwerte unterschritten, nachgewiesen war. Die Grenzwerte waren:

Indikationsbefund alternativ

Merkmal Nativ swim-up Konzentration (Mio./ml) (10 (5

Gesamtmotilität (%) (30 (50 Progressivmotilität (WHO A in %) (25 (40 Normalformen (%) (20 (20

Sind nicht alle Kriterien gleichzeitig erfüllt, so ist das entscheidende Kriterium die Progressivmotilität. Sofern diese unter 15 % im Nativsperma oder unter 30% im swim-up-Test liegt, so liegt eine Indikation für die Intracytoplasmatische Spermieninjektion vor. Die Beurteilung des Spermias hat nach den gültigen WHO-Vorgaben zu folgen.

Darüber hinaus regelt Ziffer 8 letzter Absatz der Richtlinie, dass bei der ICSI die Maßnahme dann als vollständig durchgeführt gelte, wenn die Spermieninjektionen in die Eizelle erfolgt sei. Bei der ICSI bestehe abweichend von der grundsätzlichen Erstattungsfähigkeit bis zu viermal, eine hinreichende Erfolgsaussicht bereits nach zweimaliger vollständiger Durchführung der Maßnahme nicht, wenn in beiden Fällen eine Befruchtung nicht eingetreten sei.

Im vorliegenden Fall wurde zum einen der 12-Wochen-Abstand der beiden Samenproben nicht eingehalten, diese wurden innerhalb eines Monats durchgeführt. Zum andern ergibt sich auch aus der Stellungnahme des MDK im Widerspruchsverfahren vom 20. August 2003, dass die festgestellten Veränderungen im Spermioogramm die Grenzen der ICSI-Indikation nach der Richtlinie nicht erreichen. Diese waren – nach den Analysen der Dres. T und M - am 24. Januar 2003

vor Präparation (Normalwerte in Klammern)

Volumen 2,8 ml (2-6) Spermatozoendichte 30 Mio/ml (20-250) Motilität: lebhaft progressiv bewegl.: 12 % normale Spermatozoen 16 % mäßig progressiv bewegl.: 44 % pathologische Formen: 84 % ortsständig beweglich: 10 % immotil: 34 % Mikrobiologische Diagnostik: MAR-Test: 0 % (positive) ja x nein HOS-Test: 63 % (positive)

Swim-up - Mini Swim up - SupraSperm - "Not-Präp"

nach Präparation Volumen 0,3 ml Spermatozoendichte: 14,6 Mio/ml Motilität: lebhaft progressiv bewegl.: 30 % normale Spermatozoen 15 % mäßig progressiv bewegl.: 37 % ortsständig beweglich: 8 % Ergebnis gesamt: 2,9 Mio immotil: 25 % (Dichte x Volumen x (% WHOA+B) / 100)

und am 24. Februar 2003

vor Präparation (Normalwerte in Klammern) Volumen: 3,2 ml (2-6) Spermatozoendichte: 56 Mio/ml (20-250) Motilität: lebhaft progressiv bewegl.: 30 % normale Spermatozoen 20 % mäßig progressiv bewegl.: 32 % pathologische Formen: 80 % ortsständig beweglich: 2 % immotil: 36 % Mikrobiologische Diagnostik:

MAR-Test: 1 % (positive) ja x nein HOS-Test: 63 % (positive)

Swim-Up - Mini Swim up - SupraSperm - "Not-Präp"

nach Präparation

Volumen: 0,25 ml Spermatozoendichte: 22 Mio/ml Motilität: lebhaft progressiv bewegl.: 44 % normale Spermatozoen 11 % mäßig progressiv bewegl.: 22 % ortsständig beweglich: 2 % Ergebnis gesamt: 3,63 Mio immotil: 32 % (Dichte x Volumen x (% WHOA+B) / 100)

Dies wird von der Klägerin auch nicht bestritten.

Ihr Vortrag, es sei dem Bundesausschuss verwehrt, Indikationen festzulegen und die Bezugnahme für diese Auffassung auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, u. a. auf das Urteil vom 03. April 2001, Aktenzeichen [B 1 KR 40/00 R](#), vermag sich dem Senat nicht zu erschließen. Das BSG führt dort aus, die nicht vorliegende Richtlinie für die im dortigen Fall im Jahre 1997 durchgeführte ICSI-Behandlung führe zu einem Systemmangel. Den sich daraus ergebenden Leistungsanspruch könne jedoch die gesetzliche Krankenversicherung nicht erfüllen, weil dazu erst die leistungserbringungsrechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden müssten. Wörtlich führt das BSG dann aus: "Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen muss präzisieren, bei welchen Indikationen die ICSI auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt ist. Zu Beschränkungen in dieser Hinsicht kann Anlass bestehen, weil die Methode im Verhältnis zur konventionellen In-vitro-Fertilisation offenbar erheblich öfter angewandt wird als es nach der statistischen Verteilung von Fertilitätsstörungen in der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung zu erwarten wäre. Welche Gründe dafür verantwortlich sind und ob es - auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten - deshalb geboten ist, die ICSI beispielsweise nur bei strenger Indikationsstellung als Kassenleistung zuzulassen, ist nicht vom Gericht, sondern vom Bundesausschuss zu entscheiden".

Dass eine Behandlung, die einen Mangel der Fertilität der männlichen Spermien ausgleichen soll nur dann in den Leistungsbereich der GKV einzubeziehen ist, wenn diese mangelnde Fertilität vorher in hinreichender Form nachgewiesen wurde, kann jedenfalls nicht als willkürlich bezeichnet werden.

Die vom Bundessozialgericht für erforderlich gehaltene Richtlinie liegt nunmehr vor. Sie genügt zur Überzeugung des Senats den vom BSG aufgestellten Maßgaben an die geforderten Indikationen und stellt somit eine wirksame Rechtsgrundlage für die Ablehnung des Leistungsantrages auf die ICSI-Behandlung dar.

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

Für die Zulassung der Revision ist keiner der im Gesetz dargelegten Gründe ersichtlich. Insbesondere ist die maßgebliche Rechtsgrundlage, nämlich [§ 27 a SGB V](#) mit Wirkung vom 01. Januar 2004 ebenso neu gefasst worden, wie die Richtlinien hierzu. Rechtsfragen, die sich aus außer Kraft getretenem Recht ergeben haben, besitzen regelmäßig keine grundsätzliche Bedeutung.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-01-15