-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	8
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	26.03.1997

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	25.06.1998

3. Instanz

Datum	25.05.2000

Die Revision der KlÃ¤ger gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 25. Juni 1998 wird zurÃ¼ckgewiesen. Kosten fÃ¼r das Revisionsverfahren sind nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Streitig ist die Verpflichtung der Beklagten, die Kosten einer Kryokonservierung imprÃ¤gnierter Eizellen im Vorkernstadium zu tragen.

Die Beklagte gewÃ¤hrte den bei ihr krankenversicherten KlÃ¤gern eine Behandlung wegen hochgradiger andrologischer FertilitÃ¤tsstÃ¶rung (FruchtbarkeitsstÃ¶rung des Ehemanns) durch eine intrazytoplasmatische Spermainjektion (ICSI). Bei diesem Verfahren werden einzelne, dafÃ¼r vorbereitete Spermien in zuvor entnommene, besonders vorbereitete Eizellen der Ehefrau eingebracht. Die Beklagte verpflichtete sich mit Bescheid vom 8. Mai 1996, die Kosten fÃ¼r die beabsichtigte DurchfÃ¼hrung einer ICSI bis zur HÃ¶he von 2.500,- DM (durchschnittliche Gesamtbehandlungskosten einer ICSI einschlieÃlich Sach- und Personalkosten

sowie Ã¤rztliches Honorar laut Angaben der behandelnden Ãrzte) zu Ã¼bernehmen. Mit Bescheid vom 30. Mai 1996 lehnte sie die darÃ¼ber hinaus beantragte Ãbernahme der Kosten weiterer Leistungen ("Kryokonservierung und Lagerung von befruchteten Eizellen im Vorkernstadium" in HÃ¶he von 983,70 DM; "Ãbertragung von Embryonen nach Auftauen und Entwicklung kryokonservierter Vorkernstadien" in HÃ¶he von 421,64 DM) ab. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 3. September 1996). Das Sozialgericht (SG) Duisburg hat mit Urteil vom 26. MÃ¤rz 1997 die Beklagte antragsgemÃ¤Ã verurteilt, "die Kosten fÃ¼r die vorgesehene Kryokonservierung befruchteter, aber nicht eingepflanzter Eizellen fÃ¼r die Dauer eines Jahres zu Ã¼bernehmen". Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen mit Urteil vom 25. Juni 1998 das Urteil des SG geÃ¤ndert und die Klage abgewiesen. Die Kryokonservierung befruchteter Eizellen stelle keine Krankenbehandlung iS der Â§ 27 Abs 1 und Â§ 27a Abs 1 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch â Gesetzliche Krankenversicherung â (SGB V) dar. Auch die behauptete, vom LSG als wahr unterstellte Thromboseneigung der KlÃ¤gerin fÃ¼hre nicht zu einem anderen Ergebnis, da ein solcher krankhafter Zustand durch die beantragte Krankenbehandlung nicht iS der Heilung, VerhÃ¼tung einer Verschlimmerung oder Linderung von Krankheitsbeschwerden beeinfluÃt werde. Erforderlich zur Behandlung des KlÃ¤gers sei allein die beabsichtigte ICSI. Eine Kryokonservierung, mÃ¶ge sie auch zweckmÃ¤Ãig sein, sei nicht im gesetzlichen Sinne erforderlich. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen Ã¼ber Ã¤rztliche MaÃnahmen zur kÃ¼nstlichen Befruchtung vom 14. August 1990 (BABl 12/1990, 21 ff). Sowohl Â§ 27a SGB V (Hinweis auf BT-Drucks 11/6760, S 14) als auch Nr 4 der oben genannten Richtlinien schlÃ¶ssen die streitige Kryokonservierung ausdrÃ¼cklich aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des Â§ 12 Abs 1 SGB V verschaffe keine eigenstÃ¤ndige Anspruchsgrundlage, sondern beschrÃ¤nke die Katalogleistungen auf das MaÃ des Notwendigen und Wirtschaftlichen, so daÃ die Kryokonservierung selbst dann nicht beansprucht werden kÃ¶nne, wenn sie die wirtschaftlich sinnvollere LÃ¶sung bei mehreren Versuchen der kÃ¼nstlichen Befruchtung zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft sei.

Die KlÃ¤ger rÃ¼gen mit der Revision eine Verletzung materiellen Rechts. Â§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V sei verletzt, denn die Kryokonservierung diene angesichts der geringen Erfolgsquote je Embryonentransfer bei 15 bis 23 % in ganz Ã¼berwiegendem MaÃe dazu, eine schon aus statistischen GrÃ¼nden wahrscheinliche weitere Eientnahme unter Vollnarkose zu vermeiden. Damit kÃ¶nne das mÃ¶gliche Auftreten einer Thrombose verhÃ¼tet sowie eine weitere Hormonbehandlung vermieden werden. Auch Â§ 27a Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V sei vom LSG verletzt worden, da die Kryokonservierung einen MaÃnahmebestandteil der im Ã¼brigen zu Recht bewilligten Befruchtungsversuche darstelle. Aus dieser Sicht kÃ¶nne es keinen Unterschied machen, ob eine Eizelle fÃ¼r den nÃ¤chsten Versuch zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft tiefgefroren oder erst operativ entnommen werden mÃ¼sse. Nr 4 der Richtlinien Ã¼ber Ã¤rztliche MaÃnahmen zur kÃ¼nstlichen Befruchtung vom 14. August 1990 stehe nicht rechtswirksam entgegen, weil damit eine notwendige Krankenbehandlung im Rahmen des Â§ 27

Abs 1 SGB V nicht ausgeschlossen werden dÃ¼rfe. Zudem verletze ein pauschaler LeistungsausschluÃ Â§ 27a Abs 1 Nr 2 SGB V, in dessen Rahmen â bis zu vier Versuche der vorgesehenen MaÃnahme â die Kryokonservierung enthalten sei. Statt der operativen Eientnahme erweise sich die Kryokonservierung als die geeignetere, weil mildere MaÃnahme. Dies gelte auch in bezug auf die gerÃ¼gte Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots des Â§ 12 Abs 1 SGB V, weil die Kryokonservierung erheblich kostengÃ¼nstiger sei als die operative Entnahme weiterer Eizellen fÃ¼r jeden neuen Befruchtungsversuch.

Die KlÃ¤ger beantragen,

das angefochtene Urteil des LSG aufzuheben und die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Die Beklagte beantragt unter nÃ¤herer Darlegung,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

II

Die Revision ist unbegrÃ¼ndet.

Wie das LSG hat zu Recht entschieden hat, ist die Beklagte nicht verpflichtet, die Kryokonservierung imprÃ¤gnierter ("befruchteter") Eizellen zu gewÃ¤hren.

Es kann hier dahingestellt bleiben, ob die bereits bewilligte ICSI ebenso wie die begehrte Kryokonservierung vom KlÃ¤ger oder von der KlÃ¤gerin beansprucht werden kann; dazu treffen Â§ 27a Abs 3 SGB V und Nr 3 der Richtlinien des Bundesausschusses fÃ¼r ÃrzTe und Krankenkassen Ã¼ber Ã¤rztliche MaÃnahmen zur kÃ¼nstlichen Befruchtung vom 14. August 1990 (BABl 12/1990, 21 ff; DÃ 1990, C-2138 ff; im folgenden: "Richtlinien") nÃ¤here Bestimmungen. Da beide KlÃ¤ger bei der beklagten Bundesknappschaft krankenversichert sind, bedarf es keiner Abgrenzung. Mit dem angegriffenen Ablehnungsbescheid hat die Beklagte einen Anspruch sowohl des KlÃ¤gers als auch der KlÃ¤gerin zutreffend verneint.

1. Ein Anspruch auf GewÃ¤hrung einer geplanten Kryokonservierung imprÃ¤gnierter Eizellen als Sach- oder Dienstleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl Â§ 2 Abs 2 SGB V) besteht nicht. Nach Â§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern; nach Satz 4 dieser Vorschrift gehÃ¶ren zur Krankenbehandlung auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder EmpfÃ¤ngnisfÃ¤higkeit, wenn diese FÃ¤higkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verloren gegangen war.

Nach den fÃ¼r das Revisionsgericht bindenden Feststellungen des LSG liegt zwar eine Krankheit des KlÃ¤gers iS einer ZeugungsunfÃ¤higkeit vor. Deren Ã¤rztliche Behandlung zB durch eine hormonelle Stimulation, einen chirurgischen Eingriff oder

eine psychotherapeutische Behandlung wird hier indessen nicht geltend gemacht (vgl dazu HÃ¶fler in Kasseler Komm, SGB V Â§ 27a Rz 6; BT-Drucks 11/6760, S 14). Die Kryokonservierung imprÃ¤gnierter Eizellen stellt entgegen der Meinung der KlÃ¤ger auch keine Behandlung der Thromboseneigung der KlÃ¤gerin dar. Selbst wenn â wie bei der KlÃ¤gerin unterstellt â eine Thromboseneigung besteht, hat das LSG zutreffend darauf hingewiesen, daÃ die Kryokonservierung nicht der (kausalen) Behandlung dieser Krankheit oder der VerhÃ¼tung ihrer Verschlimmerung dient. Durch die Kryokonservierung sollen vielmehr, wie sich aus dem Vortrag der KlÃ¤ger ergibt, operative Eingriffe zur Eientnahme unter Vollnarkose zur DurchfÃ¼hrung spÃ¤terer Versuche einer extrakorporalen Befruchtung (In-vitro-Fertilisation) â hier DurchfÃ¼hrung der ICSI â vermieden werden; die KlÃ¤ger halten die Vollnarkose fÃ¼r geboten, sehen darin aber angesichts der Thromboseneigung ein Risiko. Damit stÃ¼tzen die KlÃ¤ger ihren Anspruch nicht auf die Notwendigkeit, die KreislaufstÃ¶rungen der KlÃ¤gerin mit Thromboseneigung einer Krankenbehandlung zuzufÃ¼hren. Sondern sie machen statt dessen geltend, ihnen stehe die begehrte Kryokonservierung als notwendiger und zweckmÃ¤Ãiger (Â§ 12 Abs 1 SGB V) Teil einer gesetzlichen Leistung zu, die in Â§ 27a SGB V als medizinische MaÃnahme zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft geregelt ist.

Dieser Anspruch ist unbegrÃ¼ndet, wie zu 2) nÃ¤her ausgefÃ¼hrt ist.

2. Anstelle der Krankenbehandlung nach Â§ 27 SGB V gewÃ¤hrt Â§ 27a SGB V idF des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl I, 1211) in FÃ¤llen unerfÃ¼llten Kinderwunsches medizinische MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft, wenn die in Â§ 27a Abs 1 Nrn 1 bis 5 SGB V genannten Voraussetzungen erfÃ¼llt sind. Die hier im Rahmen von MaÃnahmen der kÃ¼nstlichen Befruchtung geltend gemachte Kryokonservierung imprÃ¤gnierter Eizellen gehÃ¶rt nicht zu den nach Â§ 27a SGB V zu erbringenden Leistungen der Krankenbehandlung.

a) Vor dem Inkrafttreten des SGB V war fÃ¼r bestimmte Formen der kÃ¼nstlichen Befruchtung (homologe Insemination) die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen bejaht worden (vgl HÃ¶fler aaO Â§ 27a SGB V Rz 2 mwN). Â§ 27 Satz 5 SGB V idF des Art 1 Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988, BGBl I, 2477, schloÃ MaÃnahmen der kÃ¼nstlichen Befruchtung dann jedoch gÃ¤nzlich von der Krankenbehandlung aus. Sie wurden erst mit dem Â§ 27a SGB V durch das KOV-Anpassungsgesetz vom 26. Juni 1990 (BGBl I, 1211) mit einer Ãbergangsregelung (Art 13 Abs 2) eingefÃ¼hrt. Der vorÃ¼bergehende gÃ¤nzliche AusschluÃ war mit den noch nicht abgeschlossenen Vorarbeiten fÃ¼r ein Embryonenschutzgesetz (ESchG) begrÃ¼ndet worden; diese LÃ¼cke konnte mit Blick auf das ESchG vom 13. Dezember 1990 (BGBl I, 2746) geschlossen werden (vgl BT-Drucks 11/6760, S 10). An die Stelle des Leistungsausschlusses trat nun eine umfassende Vorschrift, welche die Leistungsvoraussetzungen von MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft in Â§ 27a Abs 1 Nr 1 bis 5 SGB V abschlieÃend regelt (vgl BT-Drucks 11/6760, S 14; HÃ¶fler, aaO, Rz 5). Im Bereich der MaÃnahmen der kÃ¼nstlichen Befruchtung liegt in Â§ 27a SGB V eine gegenÃ¼ber Â§ 27 SGB V spezielle Regelung vor.

b) Der Senat hatte nicht darÃ¼ber zu entscheiden, ob die Beklagte die â□□ wie oben dargelegt â□□ Hauptleistung der ICSI bewilligen durfte. Dies erscheint neuerdings fraglich; unter den in Nr 10 der Richtlinien (in der og Fassung vom 14. August 1990) bezeichneten Ã¤rztlichen MaÃ□nahmen zur kÃ¼nstlichen Befruchtung war die ICSI nicht ausdrÃ¼cklich aufgefÃ¼hrt. Zudem hat der BundesausschuÃ□ der Ã□rzte und Krankenkassen am 1. Oktober 1997 Nr 10 der Richtlinien um die Nr 10.5 ergÃ¤nzt; danach ist die ICSI "derzeit keine Methode der kÃ¼nstlichen Befruchtung im Sinne dieser Richtlinien" (BAnz 1997 Nr 243; vgl BKK 1998, 147). Grund dafÃ¼r war, daÃ□ fÃ¼r die Beurteilung dieser Methode keine ausreichenden Unterlagen zur Beweissicherung fÃ¼r ihre Unbedenklichkeit vorgelegt worden waren. Die Auffassung wurde nach weiterer PrÃ¼fung im ArbeitsausschuÃ□ Familienplanung des Bundesausschusses am 5. Oktober 1998 bestÃ¤tigt (vgl Die Leistungen 1999, 113); dabei wurde insbesondere auf nicht abschÃ¤tzbare Risiken wie erhÃ¶hte Fehlbildungsraten und vermehrte Chromosomenanomalien Bezug genommen. Die KassenÃ¤rztliche Bundesvereinigung und die SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen haben in ihrer gemeinsamen Stellungnahme vom 26. November 1998 (Die Leistungen, aaO) die Krankenkassen aufgefordert, die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die ICSI auszuschlieÃ□en. Sie haben dies zusÃ¤tzlich mit Hinweisen aus der wissenschaftlichen Fachdiskussion begrÃ¼ndet, daÃ□ die Fehlbildungsrate bei nach einer ICSI geborenen Kindern erhÃ¶ht sein kÃ¶nnte. Auch eine nur ausnahmsweise Leistungspflicht der Kassen im Hinblick auf die neuere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Bindung an die Richtlinien des Bundesausschusses (vgl dazu nÃ¤her zu c) wird in der Stellungnahme verneint (vgl aaO S 113 f; BKK 1999, 111). Lediglich berufsrechtlich ist die ICSI als Behandlungsmethode der "assistierten Reproduktion" von der BundesÃ¤rztekammer anerkannt (vgl die Richtlinien zur DurchfÃ¼hrung der assistierten Reproduktion, DÃ□ 1998, C-2230 ff). Der Senat kann allerdings dahingestellt sein lassen, ob die bei den KlÃ¤gern vor dem Inkraftreten der oben genannten AusschluÃ□regelung am 1. Januar 1998 bewilligte ICSI als Krankenbehandlung iS der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen gewesen ist, nachdem sich die Beklagte dazu bindend verpflichtet und diesen Bescheid bisher nicht â□□ etwa nach den Â§Â§ 44 ff SGB X â□□ aufgehoben hat.

c) Auch darauf, daÃ□ die Kryokonservierung imprÃ¤gnierter Einzellen als Nebenleistung zur ICSI dann nicht beansprucht werden dÃ¼rfte, wenn sich die Hauptleistung nachtrÃ¤glich als rechtswidrig erweisen sollte, braucht der Senat nicht abzustellen. Denn die begehrte Kryokonservierung ist schon begrifflich nicht von den mit Â§ 27a Abs 1 SGB V zugesicherten Leistungen der Krankenbehandlung umfaÃ□t.

aa) Die von den KlÃ¤gern geltend gemachte, teilweise (so in der mit den behandelnden Ã□rzten geschlossenen Vereinbarung) als Kryokonservierung "befruchteter" Eizellen bezeichnete Leistung hat zum Hintergrund die Richtlinien der BundesÃ¤rztekammer zur DurchfÃ¼hrung der In-vitro-Fertilisation mit Embryonentransfer und des intratubaren Gameten- und Embryotransfers als Behandlungsmethoden der menschlichen SterilitÃ¤t (DÃ□ 1996, A-415 ff; abgedruckt bei Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, Anhang zu Â§ 129; jetzt: Richtlinien zur DurchfÃ¼hrung der assistierten Reproduktion, DÃ□ 1998,

C-2230 ff). Hier heiÃ□t es einerseits, daÃ□ die Kryokonservierung nur im Stadium der Vorkerne zulÃ¤ssig ist (Nr 4.2). ErlÃ¤uternd wird dazu ausgefÃ¼hrt, Eizellen im Vorkernstadium â□□ nach Eindringen der Samenzelle, aber vor der Kernverschmelzung â□□ Ã¼berstÃ¼nden die Kryokonservierung und das Auftauen besser als nicht imprÃ¤gnierte Eizellen. Erst wÃ¤hrend der nach dem Auftauen erfolgenden Kultivierung in vitro kommt es durch die Kernverschmelzung zum AbschluÃ□ der Befruchtung. Durch die Kryokonservierung von Eizellen im Vorkernstadium entfallen die mit der Kryokonservierung von Embryonen verbundenen ethischen und strafrechtlichen Probleme (vgl Â§ 1 Abs 1 Nr 5 ESchG), weil vor dem AbschluÃ□ des Befruchtungsvorgangs noch kein neues menschliches Leben entstanden ist.

bb) Als Leistungen der Krankenbehandlung sind in Â§ 27a Abs 1 SGB V "medizinische MaÃ□nahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft" bezeichnet, ohne daÃ□ diesem Begriff eine Definition beigegeben wird oder eine Konkretisierung (etwa durch eine AufzÃ¤hlung) folgt. Die hier angesprochenen MaÃ□nahmen zielen darauf, die Schwangerschaft durch eine kÃ¼nstliche Befruchtung auszulÃ¶sen. Ausgehend vom natÃ¼rlichen Zeugungsakt, der eine Schwangerschaft herbeifÃ¼hrt und den die "kÃ¼nstliche Befruchtung" â□□ so die gesetzliche Ã□berschrift des Â§ 27a SGB V â□□ ersetzen soll, hat der Begriff der kÃ¼nstlichen Befruchtung damit nur MaÃ□nahmen im Blick, die dem einzelnen Zeugungsakt entsprechen und unmittelbar der Befruchtung dienen (vgl Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung SGB V, Â§ 27a Rz 38, unter Bezugnahme auf die Entstehungsgeschichte). "MaÃ□nahme" in diesem Sinne ist die â□□ mindestens teilweise â□□ Substitution des singulÃ¤ren Zeugungsaktes. Sie beschrÃ¤nkt sich in der zeitlichen Dimension auf den einzelnen (substituierten) Akt; dies zeigt auch Â§ 27a Abs 1 Nr 2 Halbsatz 2 SGB V: Danach wird eine hinreichende Erfolgsaussicht fÃ¼r die BefruchtungsmaÃ□nahmen dann verneint, "wenn die MaÃ□nahme viermal ohne Erfolg durchgefÃ¼hrt worden ist". Dies bestÃ¤tigt, daÃ□ mit dem MaÃ□nahmebegriff zeitlich nicht mehr als der zyklusbezogene extrakorporale Befruchtungsvorgang samt EizellenÃ¼bertragung umschrieben ist. DaÃ□ sich die MaÃ□nahme regelmÃ¤Ã□ig im Rahmen eines Zyklus vollzieht, folgt aus dem Verbot, mehr Eizellen einer Frau zu befruchten, als innerhalb eines Zyklus Ã¼bertragen werden sollen (Â§ 1 Abs 1 Nr 5 ESchG; vgl auch Nr 4.2 der Richtlinien der BundesÃ¤rztekammer zur DurchfÃ¼hrung der assistierten Reproduktion, DÃ□ 1998, C-2232). Bezogen auf die in Rede stehende ICSI folgt daraus, daÃ□ eine medizinische "MaÃ□nahme" hier einerseits in der (einmaligen) ICSI-Behandlung selbst liegt; daneben erfolgt andererseits als eine weitere MaÃ□nahme die Einbringung der imprÃ¤gnierten Eizellen in die GebÃ¤rmutter oder in die Eileiter. Die von den KlÃ¤gern betriebene HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft iS von Â§ 27a SGB V gliedert sich daher sachlich bei genauer rechtlicher Betrachtung in die zwei medizinischen TeilmaÃ□nahmen: Eizellenaufbereitung und Eizellentransfer. Die Kryokonservierung vorsorglich gewonnener, imprÃ¤gnierter Eizellen fÃ¼r einen mÃ¶glichen Wiederholungsfall (nach Scheitern des ersten Befruchtungsversuchs) erweist sich aus dieser Sicht als zusÃ¤tzliche, den substituierten Zeugungsakt Ã¼berschreitende medizinisch-technische MaÃ□nahme. Sie schlieÃ□t sich unmittelbar an die Eizellenaufbereitung der ersten MaÃ□nahme an, dient dabei aber ausschlieÃ□lich â□□ fÃ¼r den Fall des Scheiterns der ersten MaÃ□nahme â□□ einer

mÃ¶glicherweise folgenden erneuten MaÃnahme der kÃ¼nstlichen Befruchtung. FÃ¤llt die Kryokonservierung aber nicht in die erste BefruchtungsmaÃnahme, dann ist sie begrifflich von der hier einschlÃ¤gigen MaÃnahme nicht umfaÃt. Medizinisch-technisch und rechtlich steht die Kryokonservierung der imprÃ¤gnierten Eizellen als prÃ¤ventive MaÃnahme zur Vermeidung einer erneuten operativen Eientnahme â ggf unter Vollnarkose â neben dem betreffenden einzelnen Befruchtungsvorgang selbst, dem sie damit auch nicht mehr zuzurechnen ist (vgl Schmidt, aaO, Rz 175). Mit dieser von Wortlaut, Systematik sowie Sinn und Zweck des Gesetzes getragenen Auslegung deckt sich der in den Gesetzgebungsmaterialien erklÃ¤rte Wille, wonach die Kryokonservierung imprÃ¤gnierter Eizellen im Vorkernstadium ausdrÃ¼cklich nicht zu den Leistungen der Krankenkassen gehÃ¶ren soll (vgl BT-Drucks 11/6760, S 14).

cc) Eingedenk dessen kann auf sich beruhen, ob es zweckmÃ¤Ãig ist, im Rahmen einer mÃ¶glichen Serie von notwendig werdenden BefruchtungsmaÃnahmen die Kryokonservierung einzusetzen: Die im gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebot verankerte Forderung der "ZweckmÃ¤Ãigkeit" (Â§ 12 Abs 1 SGB V) setzt voraus, daÃ eine "Leistung" im gesetzlichen Sinne vorliegt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot kann nicht einen eigenen Rechtsanspruch auf eine Leistung der Krankenbehandlung begrÃ¼nden. Die einzelnen AnsprÃ¼che auf Leistungen werden in Â§ 11 SGB V Ã¼berblickartig umschrieben. Diese Vorschrift verweist â ohne Â§ 12 SGB V zu nennen â fÃ¼r die speziellen gesetzlichen Anspruchsgrundlagen auf die weiteren gesetzlichen Regelungen (so auf Â§Â§ 27 bis 52 SGB V fÃ¼r die Krankenbehandlung). Die Rechtsprechung hat der Gesetzessystematik folgend â schon vor dem Inkrafttreten des SGB V â in der Wirtschaftlichkeit der Leistung (vgl Â§ 182 Abs 2 Reichsversicherungsordnung) einen Oberbegriff gesehen (vgl BSG vom 7. Dezember 1966, BSGE 26, 16, 20), der den umfassenden Anspruch des Versicherten auf Krankenpflege begrenzt (vgl hierzu etwa BSG vom 23. MÃ¤rz 1988, BSGE 63, 102, 103 = SozR 2200 Â§ 368e Nr 11 S 27). Als so verstandene Leitnorm, die auf die einzelnen Anspruchsnormen ausstrahlt (vgl HÃ¶fler, aaO, Â§ 12 Rz 2), steht sie in einem begrifflichen Gegensatz zum Leistungsanspruch. Dies hat zur Folge, daÃ Ã¼ber die Frage, ob â wie im Falle der KlÃ¤ger â eine Leistung aus GrÃ¼nden der Wirtschaftlichkeit geboten ist (Â§ 12 SGB V trÃ¤gt die gesetzliche Ãberschrift "Wirtschaftlichkeitsgebot"), erst gestritten werden kann, wenn die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen (vorliegend Â§Â§ 27, 27a SGB V) selbst erfÃ¼llt sind; gerade dies ist hier â wie gezeigt â aber nicht der Fall. Unter diesen UmstÃ¤nden kann offenbleiben, ob die Unterstellung der KlÃ¤ger zutrifft, durch eine Kombination der ICSI-BefruchtungsmaÃnahme mit einer Kryokonserverierung der imprÃ¤gnierten Eizellen ergebe sich eine kostengÃ¼nstigere LÃ¶sung; dieser Behauptung liegt die (vom LSG nur fÃ¼r mÃ¶glich gehaltene) Annahme zugrunde, die wiederholte Eientnahme sei mit insgesamt teureren Operationen unter Vollnarkose verbunden.

d) Von der hier vertretenen Auslegung des Gesetzes ist auch die Bestimmung in Nr 4 der Richtlinien des Bundesausschusses fÃ¼r Ãrzte und Krankenkassen getragen. Die MaÃnahmen nach diesen Richtlinien umfassen ausdrÃ¼cklich solche Leistungen nicht, die Ã¼ber die kÃ¼nstliche Befruchtung hinausgehen â wie etwa die Kryokonservierung von Samenzellen, imprÃ¤gnierten Eizellen oder noch

nicht transferierten Embryonen. In bezug auf den AusschluÃ□ der Kryokonservierung imprÃ¤gnierter Eizellen enthÃ¤lt Nr 4 der Richtlinien keine konstitutive normative Regelung, sondern wiederholt nur, was sich bei methodengerechter Gesetzesauslegung von Â§ 27a Abs 1 SGB V bereits nach dem Wortlaut ergibt. Ein eigenstÃ¤ndiger, als solcher mÃ¶glicherweise angreifbarer Beurteilungsspielraum des Bundesausschusses der Ã□rzte und Krankenkassen zeigt sich in der Nr 4 der Richtlinien also nicht. Auf Rechtsnatur, Bindungswirkung und Legitimation der Richtlinien des Bundesausschusses kommt es damit im vorliegenden Zusammenhang nicht an (vgl hierzu Hess in Kasseler Komm, Â§ 92 SGB V Rz 3 ff; BSG vom 20. MÃ¤rz 1996, BSGE 78, 70 = SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 6; 16. September 1997, BSGE 81, 73 = SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 7; 18. MÃ¤rz 1998, BSGE 82, 41 = SozR 3-2500 Â§ 103 Nr 2 zur demokratischen Legitimation eingreifender Normierungen des Bundesausschusses).

e) Die Begrenzung des Anspruchs auf medizinische MaÃ□nahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft (Â§ 27a SGB V) durch den AusschluÃ□ der Kryokonservierung verletzt kein hÃ¶herrangiges Recht.

aa) Soweit es im vorliegenden Zusammenhang um konkrete GefÃ¤hrdungen individueller menschlicher Existenz geht, ist primÃ¤re MaÃ□stabsnorm das Grundrecht auf Leben und kÃ¶rperliche Unversehrtheit, nicht hingegen die MenschenwÃ¼rdegarantie nach Art 1 Abs 1 des Grundgesetzes ((GG), vgl HÃ¶fling in Sachs, Grundgesetz, Art 1 Rz 19, 75 mwN). GemÃ¤Ã□ Art 2 Abs 2 Satz 1 GG hat jeder das Recht auf Leben und kÃ¶rperliche Unversehrtheit. Soweit in FÃ¤llen wie hier der dargelegte LeistungsausschluÃ□ Ã¼ber die notwendige erste operative Eientnahme hinaus weitere â□□ bei Kryokonservierung imprÃ¤gnierter Eizellen mÃ¶glicherweise Ã¼berflÃ¼ssige â□□ Operationen erforderlich macht, hilft der Grundrechtsschutz indessen nicht weiter. Die darin begrÃ¼ndete Pflicht des Staates, das Recht auf Leben und kÃ¶rperliche Unversehrtheit zu schÃ¼tzen, verschafft keinen (verfassungsrechtlichen) Anspruch auf die Bereitstellung bestimmter Gesundheitsleistungen (BSG vom 16. September 1997, BSGE 81, 73, 85 = SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 7). Bei der gegebenen Rechtslage kann die KlÃ¤gerin von der Beklagten medizinische MaÃ□nahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft nur unter AusschluÃ□ der Kryokonservierung beanspruchen. Damit ist ihr jedoch die DurchfÃ¼hrung einer Kryokonservierung auf eigene Kosten nicht untersagt; ebensowenig ist ausgeschlossen, daÃ□ die kryokonservierten Eizellen bei spÃ¤teren (zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten) Befruchtungsversuchen verwendet werden.

bb) Die Schutz- bzw Leistungspflicht ist auch nicht aus vorangegangenem Tun des Gesetzgebers zu begrÃ¼nden: Wenn der Staat soziale Leistungen â□□ wie hier Ã¼ber die Heilbehandlung hinaus die MaÃ□nahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft â□□ gewÃ¤hrt, dann besteht grundsÃ¤tzlich auch ein Anspruch auf Achtung des allgemeinen Gleichheitssatzes (vgl Osterloh in Sachs, GG, Art 3 Rz 53, 176 ff). Bejaht man die In-vitro-Fertilisation als MaÃ□nahme zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft, kÃ¶nnte die Kryokonservierung (auch bei anderen Formen als der ICSI) als medizinisch sinnvolle Nebenleistung geboten sein. Dann wÃ¤re zwar ein hinreichendes MaÃ□ an Folgerichtigkeit der damit zusammenhÃ¤ngenden

gesetzlichen Wertungen zu verlangen. Eine "Systemwidrigkeit" ist indessen allenfalls ein Indiz fÃ¼r einen GleichheitsverstoÃ (vgl Osterloh, aaO, Rz 98 ff mwN auch zur Rechtsprechung des BVerfG). FÃ¼r eine zulÃ¤ssige Abweichung vom System genÃ¼gen jedoch schon plausible bzw hinreichende GrÃ¼nde. Fraglich ist demnach allein, ob sich fÃ¼r den AusschluÃ der Kryokonsiervierung ein vernÃ¼nftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonstwie einleuchtender Grund fÃ¼r die gesetzliche Differenzierung finden lÃ¤Ãt (BVerfGE 12, 326, 333 â WillkÃ¼rformel -, stRspr) oder ob die Regelung fundierte Gerechtigkeitsvorstellungen miÃachtet (Osterloh, aaO, Rz 9 mwN).

Der Gesetzgeber des Â§ 27a SGB V ist bereits bei der Zulassung der MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft davon ausgegangen, daÃ die MaÃnahmen nur bei einer hinreichenden Erfolgsaussicht im Einzelfall durchgefÃ¼hrt werden dÃ¼rfen (vgl Â§ 27a Abs 1 Nr 2 SGB V; BT-Drucks 11/6760, S 15). Auf dieser Grundlage hat er die Begrenzung auf vier erfolglose Versuche eingefÃ¼hrt (vgl hierzu nÃ¤her HÃ¶fler, aaO, Â§ 27a Rz 14). Diese BeschrÃ¤nkung wurde als groÃzÃ¼gige Regelung verstanden, nachdem zuvor in der ambulanten kassenÃ¤rztlichen Versorgung bis Ende 1988 nur drei Versuche vorgesehen waren und die Leistungspflicht der privaten Krankenversicherung durch die Rechtsprechung ebenfalls auf drei Versuche begrenzt worden war. Im Kontext der ebenfalls vorgeschriebenen umfassenden Unterrichtung des Ehepaares (Â§ 27a Abs 1 Nr 5 SGB V) ging der Gesetzgeber von der Problematik aus, daÃ die Schwangerschaftsrate bei einer In-vitro-Fertilisation, bezogen auf den Embryotransfer, seinerzeit bestenfalls bei 20 bis 25 % angesetzt werden konnte; von diesen Schwangerschaften endete etwa ein Drittel mit Fehlgeburten (BT-Drucks 11/6760, S 15). Weiter nahm er nach den ihm vorliegenden medizinischen Erkenntnissen an, daÃ die Erfolgsaussichten nach vier vergeblichen Versuchen deutlich zurÃ¼ckgehen: Bei Follikelpunktionen mit anschlieÃendem Embryotransfer ging die Erfolgsquote von 47 % beim ersten Versuch auf 7 % beim vierten Versuch zurÃ¼ck. Damit erscheint es folgerichtig, wenn der Gesetzgeber nicht gleichsam eine "PaketlÃ¶sung" fÃ¼r die In-vitro-Fertilisation als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen hat, sondern, wie oben nÃ¤her ausgefÃ¼hrt, nur einen Anspruch auf je einen Befruchtungsversuch (hÃ¶chstens vier) als einzelne "MaÃnahme". Denn wegen der vagen Erfolgsaussicht und der begrenzten WiederholungsmÃ¶glichkeiten ist nicht ausgeschlossen, daÃ die Betroffenen bereits nach einem erfolglosen Versuch die Behandlung abbrechen, ohne die drei mÃ¶glichen Wiederholungsversuche tatsÃ¤chlich auszuschÃ¶pfen. Die gesetzliche BeschrÃ¤nkung auf vier MaÃnahmen zwingt nicht dazu, schon die erste BefruchtungsmaÃnahme mit Blick auf eventuelle Wiederholungen im Falle des Scheitern auszugestalten und auch die "Vorratshaltung" durch Kryokonservierung Ã¼berzÃ¤hlig gewonnener, imprÃ¤gnierter Eizellen als gesetzliche Leistung vorzusehen. Gelingt bei der ersten MaÃnahme der Erfolg, so erweist sich die Kryokonservierung als Geldverschwendung. Tritt hingegen der Erfolg nicht auf Anhieb ein, so ist mindestens fraglich, ob das Ehepaar angesichts der nunmehr verringerten Erfolgschancen bei Wiederholungsversuchen die MaÃnahme Ã¼berhaupt fortsetzt. In diesem Fall ist es sinnvoll, die Kostenlast in den Bereich der Versicherten selbst zu verlegen, in deren alleiniger Entscheidungsbefugnis auch liegt, ob weitere Wiederholungsversuche angetreten

werden sollen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 Sozialgerichtsgesetz.

Erstellt am: 27.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024