

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 2/09 B

L 1 KR 143/07 (Hessisches LSG)
S 9 KR 458/04 (SG Gießen)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Betriebskrankenkasse Herkules,
Fünffensterstraße 5, 34117 Kassel,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 9. Juli 2009 durch den
Präsidenten M a s u c h sowie den Richter Dr. K r e t s c h m e r und
die Richterin Dr. B r a n d t s
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil
des Hessischen Landessozialgerichts vom 30. Oktober 2008 wird als unzu-
lässig verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe :

I

- 1 Der 1968 geborene, bei der beklagten Krankenkasse versicherte, in seiner Zeugungsfähigkeit eingeschränkte Kläger hat in den Vorinstanzen keinen Erfolg mit seinem Begehren gehabt, auch insoweit 50 % der Kosten für im Jahr 2004 durchgeführte Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft mittels künstlicher Befruchtung erstattet zu bekommen, als es um Maßnahmen am Körper seiner privat krankenversicherten Ehefrau geht. Das Landessozialgericht (LSG) hat ua ausgeführt, auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gehörten zur Leistungspflicht nach § 27a Abs 3 Satz 3 SGB V nur die Maßnahmen am Körper des bei ihr versicherten Klägers sowie notwendige außerhalb seines Körpers durchgeführte Maßnahmen und Nebenleistungen. Ein Leistungsanspruch bestehe dagegen - wie näher ausgeführt wird - nicht für unmittelbar und ausschließlich am Körper der nicht bei ihr versicherten Ehefrau des Klägers (Urteil vom 30.10.2008).
- 2 Mit seiner Beschwerde wendet sich der Kläger gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil und beruft sich auf die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache.

II

- 3 Die Beschwerde des Klägers ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGG iVm § 169 Satz 3 SGG zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung des geltend gemachten Revisionszulassungsgrundes der grundsätzlichen Bedeutung nach § 160 Abs 2 Nr 1 SGG.
- 4 Wer sich auf diesen Zulassungsgrund beruft, muss eine Rechtsfrage klar formulieren und ausführen, inwiefern diese Frage im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl zB BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; s auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*). Die Klärungsbedürftigkeit der Frage fehlt zB, wenn ihre zutreffende Beantwortung nach dem Inhalt der maßgeblichen Rechtsvorschriften bzw der dazu vorliegenden höchstrichterlichen Rechtsprechung keinem vernünftigen Zweifel (mehr) unterliegt, sie also "geklärt" ist (*vgl zB BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6 und § 160a Nr 21 S 38*). So verhält es sich hier.
- 5 Zwar formuliert der Kläger die Rechtsfrage, "ob im Falle von Maßnahmen künstlicher Befruchtung ... die Kostenerstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse auch diejenigen Maßnahmen umfasst, die unmittelbar am Körper des Ehepartners des Versicherungsnehmers

durchgeführt werden, sofern der Versicherungsnehmer als Ehemann der alleinige Verursacher der Kinderlosigkeit des Ehepaares ist und seine in ihrer Fertilität in keiner Weise eingeschränkte Ehefrau privat versichert ist". Es bleibt indessen außer Ansatz, dass das BSG bereits wiederholt ausdrücklich entschieden hat, dass eine Krankenkasse gegenüber ihrem Versicherten nicht leistungspflichtig ist für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, die unmittelbar und ausschließlich am Körper des nicht bei ihr versicherten Ehegatten ihres Versicherten ausgeführt werden (*vgl zuletzt: BSG, Urteil vom 17.6.2008 - B 1 KR 24/07 R, SozR 4-2500 § 13 Nr 17 RdNr 18 mwN; BSG SozR 4-2500 § 27a Nr 1 RdNr 20 mwN; BSGE 88, 51, 54 f = SozR 3-2500 § 27a Nr 2 S 14; BSG SozR 3-2500 § 27a Nr 3 S 26*). Wörtlich heißt es ua in den BSG-Urteilen: "Es ist ... ggf Sache des Ehegatten, bei seiner eigenen Krankenkasse bzw privaten Versicherung oder Beihilfestelle die unmittelbar und ausschließlich seinen Körper betreffende Behandlung zur künstlichen Befruchtung geltend zu machen" (*BSG SozR 4-2500 § 27a Nr 1 RdNr 20; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 17 RdNr 18*). Dabei kommt es für den Leistungsanspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 27a SGB V nach den klaren Entscheidungsgründen des BSG nicht darauf an, in welchem Umfang der anderweit versicherte Ehegatte selbst tatsächlich Leistungen erhalten kann und ob er - etwa, weil bei ihm keine "Krankheit" is der für die private Krankenversicherung geltenden Versicherungsbedingungen vorliegt - insoweit überhaupt anspruchsberechtigt ist.

- 6 Vor dem Hintergrund der höchstrichterlich geklärten Rechtsfrage wäre ein fortbestehendes Bedürfnis nach Klärung der aufgeworfenen Fragen in einem erneuten Revisionsverfahren nur unter besonderen Umständen anzuerkennen. Dazu müsste dargelegt werden, dass die Rechtsfrage dennoch klärungsbedürftig geblieben oder erneut klärungsbedürftig geworden ist, zB weil der vorliegenden Rechtsprechung in nicht geringem Umfang widersprochen wurde, weil neue Entwicklungen in der Rechtsprechung eingetreten sind oder weil Rechtsänderungen Anlass zu einer Neuinterpretation geben (*vgl zum Ganzen zB Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl 2008, § 160 RdNr 8b und c, § 160a RdNr 14g mit umfangreichen Rechtsprechungsnachweisen*). Das ist jedoch nicht geschehen.
- 7 Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
([mobile App](#))

