
S 28 KR 704/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Gelsenkirchen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	28
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 28 KR 704/16
Datum	24.01.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten hinsichtlich der Ablehnung der Kostenübernahme für die privat versicherten Kinder im Rahmen einer bewilligten Mutter-Kind-Maßnahme.

Die Beklagte bewilligte der bei ihr versicherten Klägerin mit Bescheid vom 7.3.2016 eine Mutter-Kind-Maßnahme. Die Kostenübernahme für die über den Vater privat versicherten nicht krankenbedürftigen 4- und sieben jährigen Kinder lehnte sie ab.

Mit dem hiergegen gerichteten Widerspruch trug die Klägerin vor, da die Kinder selbst nicht krankenbedürftig seien und somit deren Krankenkasse nicht zuständig sei, ansonsten die unstreitig notwendige Maßnahme der Mutter nicht durchgeführt werden könne. In [§ 23 SGB V](#) sei geregelt, dass auch Kinder mit aufgenommen werden, wenn das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter nicht anderweitig betreut oder versorgt werden könne. Dies sei aufgrund des Alters der Kinder und der Berufstätigkeit des Ehemanns und Vaters

der Kinder der Fall.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28.4.2016 zurück.

Darin wurde ausgeführt, die Behandlung der Mutter stehe bei einer so genannten Mutter-Kind-Maßnahme immer im Vordergrund. Allerdings können auch Kinder unter bestimmten Kriterien mit aufgenommen werden, wenn das Kind behandlungsbed ftig sei und seine Indikation entsprechend behandelt werden könne, oder zu befürchten sei, dass eine ma nahmebedingte Trennung von der Mutter zu psychischen Störungen des Kindes führen könne (z.B. aufgrund des Alters), oder bei Müttern, insbesondere bei allein erziehenden und/oder berufstätigen Müttern eine belastete Mutter-Kind-Beziehung verbessert werden soll, oder wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des Kindes von der Mutter unzumutbar sei oder das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter nicht anderweitig betreut oder versorgt werden könne und die Durchführung der Leistung für die Mutter daran scheitern könne und die Mitaufnahme des Kindes den Erfolg der Maßnahme für die Mutter nicht gefährde.

Die Möglichkeit einer Mitaufnahme bestehe grundsätzlich für bis zu zwölf jährige Kinder. Diese Altersgrenze sei von den Krankenkassenverbänden auf Bundesebene mit dem deutschen M ttergenesungswerk einschließlich seiner Tr gergruppen in einer gemeinsamen Rahmen- Empfehlung vereinbart. In besonderen F llen können Kinder bis zu einem Alter von 14 Jahren aufgenommen werden. Hierzu müssen medizinische Faktoren vorliegen, die eine Mitaufnahme des Kindes begründen.

Mutter-Kind-Maßnahmen seien immer dann als Einheit anzusehen, wenn Mutter und Kind bei der gleichen Kasse versichert seien. In diesem Fall sei es für die Frage der Zuständigkeit für die Kostenübernahme unerheblich, ob das Kind selbst ebenfalls vorsorge-oder rehabilitationsbed ftig sei oder ob es die Mutter aus sonstigen Gründen (z.B. fehlende Unterbringungsmöglichkeiten) begleitet.

Seien Mutter bzw. Vater und Kind jedoch bei verschiedenen Krankenkassen versichert, hätten die Krankenkassenverbände auf Bundesebene mit dem deutschen M ttergenesungswerk einschließlich seiner Tr gergruppen in einer gemeinsamen Rahmen Empfehlung folgendes geregelt: Wenn das Kind selbst vorsorge-oder rehabilitationsbed ftig sei (Therapiekind) habe die Krankenkasse des Kindes die Kosten zu übernehmen. Werde das Kind aus sonstigen Gründen mit aufgenommen (Begleitkind) habe die Krankenkasse des Elternteils die Kosten zu übernehmen.

Die Mitnahme eines Kindes nach den oben genannten Ausführungen sei dann ausgeschlossen, wenn das Kind privat versichert sei. Die Privatversicherung sei nicht an der Vereinbarung der Rahmenempfehlung beteiligt und lasse diese nicht gegen sich gelten.

Die hiergegen gerichtete Klage ging am 17.5.2016 bei Gericht ein.

Zur Begründung verbleibt die Klägerin bei ihrem bisherigen Vorbringen. Die Kinder können während der Leistung in Anspruch genommen nicht anderweitig betreut oder versorgt werden, ohne dass die Durchführung der Leistung für die Klägerin daran scheitern würde. Ein Leistungsausschluss, der an die Krankenversicherung der Kinder anknüpft, sei den Regelungen der [Â§Â§ 24 und 23 SGB V](#) nicht enthalten. [Â§ 24 SGB V](#) verlange gerade nicht, dass die Kinder in der gleichen Krankenversicherung wie die Klägerin als Versicherte seien oder zumindest in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind. Die Tatbestandsvoraussetzungen knüpfen allein daran, dass die Klägerin versichert ist und die weiter genannten Voraussetzungen vorliegen, was vorliegend nicht im Streit stehe. Die Klägerin überreicht hierzu einen Schriftverkehr der Geschäftsleiterin des evangelischen Fachverbandes für Frauengesundheit e.V. mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten in einem anderen Fall. Auch hier habe der Beauftragte der Bundesregierung die Auffassung geäußert, dass wenn das Kind selbst nicht behandlungsbedürftig sei und während der Leistung Anspruch nicht anderweitig betreut und versorgt werden könne, es sich um eine akzessorische Nebenleistung zur Hauptleistung handle.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

den Bescheid vom 7.3.2016 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 21.3.2016 dahingehend abzuändern, dass die Kosten für die privat versicherten Begleitkinder durch die Beklagte zu übernehmen sind.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

die Klage abzuweisen.

Sie nimmt Bezug auf Ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid. Ergänzend führt sie aus, unstreitig sei, dass die Tatbestandsvoraussetzungen der [Â§Â§ 23 und 24 SGB V](#) von der Klägerin erfüllt werden und nachgewiesen wurden. Unzutreffend sei jedoch, dass ein Leistungsausschluss, der an die Krankenversicherung der Kinder anknüpft, in den vorgenannten Regelungen nicht enthalten sei. Es handle sich bei [Â§ 24 SGB V](#) um eine gesetzliche Regelung, die für Mitglieder, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, Anwendung findet. Privat versicherte Kinder seien allein deshalb schon von der Anwendung der Regelungen und damit auch der Leistungen ausgeschlossen.

Darüber hinaus hätten sich die private Krankenversicherung nicht an der Vereinbarung der Rahmenempfehlung beteiligt. Eine Kostenübernahme scheide daher auch unter diesem Aspekt aus.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten, die Gegenstand der Beratung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte aufgrund des im Termin zur Erörterung am 10.01.17 abgegebenen Einverständnisses der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden ([Â§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Klägerin ist durch den angegriffenen Bescheid in der Fassung des Widerspruchsbescheides nicht in ihren Rechten beschwert, wenn dieser ist rechtmäßig ([Â§ 54 Abs. 2 SGG](#)).

Die Beklagte hat die Kosten für die Kinder der Klägerin als Begleitkinder bei Inanspruchnahme der bewilligten Mutter-Kind-Maßnahme nicht zu tragen.

Dies ergibt sich aus den überzeugenden Gründen des Widerspruchsbescheides und der Stellungnahme der Beklagten im Gerichtsverfahren. Die Kammer schließt sich insoweit den Ausführungen der Beklagten voll inhaltlich an, so dass sich eine erneute Darstellung erbringt ([Â§ 136 Abs. 3 SGG](#)), zumal die Angelegenheit mit dem Beteiligten ausführlich erörtert wurde.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#).

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem Sozialgericht Gelsenkirchen, Bochumer Straße 79, 45886 Gelsenkirchen, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Einreichung in elektronischer Form erfolgt durch die Übertragung des elektronischen Dokuments in die elektronische Poststelle. Diese ist über die Internetseite www.sg-gelsenkirchen.nrw.de erreichbar. Die elektronische Form wird nur gewahrt durch eine qualifiziert signierte Datei, die den Maßgaben der

Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr bei den Sozialgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen (ERVVO SG) vom 07.11.2012 (GV.NRW, 551) entspricht. Hierzu sind die elektronischen Dokumente mit einer qualifizierten Signatur nach [§ 2 Nummer 3](#) des Signaturgesetzes vom 16.05.2001 ([BGBl. I, 876](#)) in der jeweils geltenden Fassung zu versehen. Die qualifizierte elektronische Signatur und das ihr zugrunde liegende Zertifikat müssen durch das Gericht überprüfbar sein. Auf der Internetseite www.justiz.nrw.de sind die Bearbeitungsvoraussetzungen bekanntgegeben.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Gelsenkirchen schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Erstellt am: 10.10.2019

Zuletzt verändert am: 23.12.2024