

---

## S 28 KR 704/16

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung Voraussetzungen für Mutter-Kind- Maßnahme mit Kinderbegleitung
Leitsätze	1. Versicherte Mütter haben gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf eine beantragte Mutter-Kind-Maßnahme mit Kinderbegleitung, wenn sie der medizinischen Vorsorge bedürfen und die Mitnahme der Begleitkinder den Zweck der Maßnahme nicht gefährdet. 2. Der Anspruch auf eine Mutter-Kind- Maßnahme setzt nicht voraus, dass Begleitkinder versichert sind.
Normenkette	SGB V <a href="#">§ 23 Abs 5 S 1</a> F: 1999-12-22 SGB V <a href="#">§ 24 Abs 1 S 1 Halbs 1</a> F: 2007-03-26 SGB V <a href="#">§ 24 Abs 1 S 1 Halbs 2</a> F: 2007-03-26 SGB V <a href="#">§ 24 Abs 1 S 2</a> F: 2002-07-26

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 28 KR 704/16
Datum	24.01.2017

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 130/17
Datum	07.12.2017

#### 3. Instanz

Datum	28.05.2019
-------	------------

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 7. Dezember 2017 wird zur $\frac{1}{4}$ ckgewiesen. Die Beklagte tr $\ddot{a}$ gt die Kosten des Revisionsverfahrens.

---

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Mutter-Kind-Maßnahme für die Klägerin und ihre beiden Kinder.

2

Die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte Klägerin ist Mutter zweier 2009 und 2012 geborener Kinder, die nach ihrem beamteten Vater, dem Ehemann der Klägerin, gemäß nordrhein-westfälischem Beihilferecht berücksichtigungsfähige Angehörige und ergänzend in der privaten Krankenversicherung versichert sind. Die Klägerin beantragte für sich eine dreiwöchige stationäre Mutter-Kind-Maßnahme in Begleitung ihrer beiden Kinder in einer Einrichtung des Muttergenesungswerks (23.2.2016). Die Beklagte bewilligte der Klägerin eine stationäre Vorsorgeleistung, lehnte es aber ab, die Kosten der Mitaufnahme der Kinder in der Einrichtung zu tragen, weil die Kinder nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind (Bescheid vom 7.3.2016, Widerspruchsbescheid vom 28.4.2016). Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 24.1.2017). Das LSG hat das vorinstanzliche Urteil aufgehoben, die Verwaltungsentscheidung abgeändert und die Beklagte verpflichtet, über die Bewilligung der Maßnahme als Mutter-Kind-Maßnahme unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Hierzu hat es ua ausgeführt, die Klägerin erfülle die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen. Es sei für den Anspruch der Klägerin auf Gewährung einer Mutter-Kind-Maßnahme unerheblich, dass ihre Kinder nicht in der GKV versichert seien (Urteil vom 7.12.2017).

3

Die Beteiligten haben im Revisionsverfahren auf gerichtlichen Vorschlag zur teilweisen Erledigung des Rechtsstreits einen Vergleich geschlossen.

4

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung des [Â§ 24 Abs 1](#) und 2 SGB V iVm [Â§ 23 Abs 1](#) und 2 SGB V. [Â§ 24 Abs 1 S 1 Halbs 2 SGB V](#) beinhalte keinen Leistungsanspruch auf eine Mutter-Kind-Maßnahme, wenn nicht auch die Kinder in der GKV versichert seien. Die Mitaufnahme von Kindern sei keine notwendige akzessorische Nebenleistung.

5

Die Beklagte beantragt,

---

das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 7. Dezember 2017 aufzuheben und die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 24. Januar 2017 zurÄckzuweisen.

6

Die KlÄgerin beantragt,

die Revision zurÄckzuweisen.

7

Sie hÄlt das angegriffene Urteil fÄr zutreffend.

II

8

Die zulÄssige Revision der Beklagten ist unbegrÄndet ([Ä 170 Abs 1 S 1 SGG](#)). Die Beklagte greift mit ihrer Revision das LSG-Urteil an, um die Abweisung der Klage mangels Versicherung der beiden SÄhne der KlÄgerin in der GKV zu erreichen. Die Beklagte sieht sich allein durch die vom Bescheidungsstenor des Berufungsurteils erfasste Rechtsauffassung des LSG beschwert, dass der Anspruch der KlÄgerin auf eine Mutter-Kind-MaÄnahme nicht von einer Versicherung ihrer beiden Kinder in der GKV abhÄngt (vgl zur beteiligtenbezogenen Teilrechtskraft bei Bescheidungsurteilen zB [BSGE 112, 156](#) = SozR 4-2500 Ä 114 Nr 1, RdNr 15; [BSG SozR 4-1500 Ä 141 Nr 1](#) RdNr 22; [BSGE 88, 215](#), 225 = [SozR 3-3300 Ä 9 Nr 1](#) S 11; [BVerwGE 84, 157](#), 164 = [NJW 1990, 2700](#), 2702 mwN; s ferner BVerwG Urteil vom 27.1.1995 â [8 C 8/93](#) â [NJW 1996, 737](#), 738 = [FEVS 45, 414](#), 417 f). Aufgrund des wirksamen Teilvergleichs steht fest, dass die Beklagte der KlÄgerin eine Mutter-Kind-MaÄnahme unter Einbeziehung ihrer beider SÄhne zu gewÄhren hat, wenn es hierfÄr deren Versicherung in der GKV nicht bedarf. Das LSG hat insoweit zu Recht das SG-Urteil aufgehoben. Die zulÄssige kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (dazu 1.) ist unter Einbeziehung des Teilvergleichs begrÄndet. Die angegriffene Verwaltungsentscheidung der Beklagten verletzt die KlÄgerin in ihren Rechten. Zu Unrecht lehnte die Beklagte die beantragte Mutter-Kind-MaÄnahme wegen der fehlenden Versicherung der Kinder der KlÄgerin in der GKV ab (dazu 2.).

9

1. Die KlÄgerin verfolgt ihren Anspruch auf Versorgung mit einer Mutter-Kind-MaÄnahme fÄr sich als zu behandelnde Versicherte in Begleitung ihrer beiden Kinder zulÄssig im Wege der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (vgl [Ä 54 Abs 1 SGG](#)). Die Regelungen der Leistungen der medizinischen Vorsorge fÄr MÄtter und VÄter geben den in der GKV versicherten MÄttern und VÄtern einen Rechtsanspruch auf zwei typisierte, jeweils als eigenstÄndige Gesamtleistung konzipierte Vorsorgeleistungen: Leistungen in einer Einrichtung des

---

Müttergenesungswerks sowie Leistungen in einer gleichartigen Einrichtung jeweils ohne Begleitung von Kindern (1) sowie Versorgung mit einer Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme (2) mit Kinderbegleitung ([Â§ 24 Abs 1 S 1 Halbs 1](#) und 2 SGB V idF durch Art 1 Nr 15 Buchst a DBuchst aa Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#), mWv 1.4.2007 iVm [Â§ 24 Abs 1 S 2 SGB V](#) idF durch Art 1 Nr 1 Buchst b DBuchst aa Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (11. SGB V-Änderungsgesetz) vom 26.7.2002, [BGBl I 2874](#)). Eine Elternteil-Kind-Maßnahme ist eine gegenüber der Leistung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter ohne Begleitung von Kindern gleichgestellte, nicht nur subsidiäre Leistungsart (aA wohl Schätze in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, [Â§ 24 RdNr 24](#), Leistung nach [Â§ 24 Abs 1 S 1 Halbs 1 SGB V](#) sei Grundleistung). Der Anspruch auf Versorgung mit jeder dieser Leistungsarten (iS des [Â§ 23 Abs 5 S 1 SGB V](#)) ist dem Grunde nach als Pflichtleistung ([Â§ 38 SGB I](#)) ausgestaltet. Dass die Leistung in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden "kann", bezeichnet im Sinne eines "Kompetenz-Kann" seit dem GKV-WSG nur noch die rechtliche Befugnis der KK, eine solche Leistung als Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs zu bewilligen (vgl zum Anspruch auf diese Leistung Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eines GKV-WSG, [BT-Drucks 16/3100 S 101](#)). Die KK hat Ermessen unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nur hinsichtlich Ort, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen ([Â§ 24 Abs 2](#) iVm [Â§ 23 Abs 5 S 1 SGB V](#)), nicht aber hinsichtlich der Art der Leistung. Die Beklagte lehnte die von der Klägerin beantragte Leistung "Versorgung mit einer Mutter-Kind-Maßnahme" durch Verwaltungsakt ab.

10

2. Die Entscheidung des LSG, die beantragte Mutter-Kind-Maßnahme setze nicht die Versicherung der Kinder der Klägerin in der GKV voraus, verletzt kein revisibles Recht. Die Klägerin hat Anspruch auf eine Mutter-Kind-Maßnahme, obwohl ihre Kinder nicht in der GKV versichert sind. Der Anspruch auf eine Mutter-Kind-Maßnahme ([Â§ 24 Abs 1 S 1 Halbs 2 SGB V](#)) setzt nicht voraus, dass Begleitkinder der Mutter versichert sind. Es ist notwendig, aber auch ausreichend, dass lediglich die betroffene Mutter versichert ist wie hier die Klägerin bei der Beklagten. Dies folgt aus Wortlaut (dazu a), Zweck der Norm (dazu b), Entwicklungsgeschichte (dazu c) und Regelungssystem (dazu d).

11

a) Anspruchsberechtigte sind für jeden der zwei Leistungstypen der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter nach dem klaren Gesetzeswortlaut allein Mütter und Väter. Sie müssen versichert sein. Bereits die amtliche Überschrift der Regelung zeigt, dass der Anspruch nur die "Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter" betrifft. Nach dem hieran unmittelbar anknüpfenden Wortlaut haben "Versicherte Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung" (vgl [Â§ 24 Abs 1 S 1 Halbs 1 SGB V](#) und hierzu

---

BSG Beschluss vom 18.7.2006 (B 1 KR 62/06 B Juris RdNr 5). Die Prägung als Anspruch Versicherter, die als Mutter oder als Vater medizinisch erforderliche Vorsorgeleistungen benötigen, gab dem 11. SGB V-Änderungsgesetz in der Langfassung seinen Namen: "Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter". Es bezog ausdrücklich neben den Müttern die Väter als in der GKV Versicherte in den Kreis der Anspruchsberechtigten einer Elternteil-Kind-Maßnahme ein (vgl. [ÄS 24 Abs 1 S 2 SGB V](#) idF durch Art 1 Nr 1 Buchst b DBuchst aa 11. SGB V-Änderungsgesetz vom 26.7.2002, [BGBl I 2874](#)).

12

b) Es entspricht auch dem Regelungszweck der Versicherungsleistung "Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme", den Gesamtanspruch des versicherten Elternteils nicht zusätzlich von der Versicherung der Begleitkinder in der GKV abhängig zu machen. Zweck des Anspruchs auf medizinische Vorsorge für Mütter ist die Muttergenesung (entsprechend Vatergenesung), nicht die "Kindergenesung". Die Mitaufnahme der Kinder in die Einrichtung ist Annex zur medizinischen Vorsorge um der Mutter (des Vaters) willen, Mittel zum Zweck, nicht aber Selbstzweck ist einer eigenständigen, den Kindern gewährten Leistung. Diese spezifische Begleitpersonen-Regelung soll der Mutter (dem Vater) den Zugang zu den medizinischen Vorsorgeleistungen ermöglichen oder ihre Entscheidung dafür erleichtern. Sie hilft, familiäre Hemmnisse aufgrund der Kinderbetreuung zu überwinden, die einer Teilnahme des betroffenen Elternteils an der stationären Vorsorgeleistung entgegenstehen. Hierzu begründet sie geeignete soziale Rahmenbedingungen für die Teilnahme des Elternteils an der Maßnahme. Dementsprechend erfordert die Einbeziehung der Kinder keine weitergehende Prüfung der sozialen Situation im Einzelfall, sondern lediglich die Abklärung, dass die Mitnahme der Kinder den Maßnahmезweck nicht gefährdet. Der Zweck der medizinischen Vorsorgeleistung würde nicht für alle betroffenen Versicherten erreicht, wenn der Zugang auf Versicherte beschränkt würde, deren Kinder in der GKV versichert sind.

13

c) Auch die historische Entwicklung bestätigt, dass es nur um Ansprüche GKV-versicherter Mütter und Väter auf stationäre Vorsorgeleistungen in Einrichtungen des Muttergenesungswerks oder anderen gleichartigen Einrichtungen geht, nicht aber um eigenständige Ansprüche ihrer sie begleitenden Kinder, die deren Versicherung in der GKV bedingten. Wegbereiter von Mutterkuren war die 1950 gegründete Elly Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Muttergenesungswerk (vgl. Zuleeg, Berichte, Dokumente, Zahlen (40 Jahre Deutsches Muttergenesungswerk, in RsDE Heft 11 (1990), S 55). [ÄS 2](#) der Satzung der Elly Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Muttergenesungswerk sah und sieht als Stiftungszweck vor, dass die Stiftung ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und mildtätige Zwecke durch Förderung der Muttergenesung verfolgt. Mutter-Kind-Kuren wurden in nennenswertem Umfang erst in den 1980er Jahren in das Leistungsspektrum der Einrichtungen des Muttergenesungswerks

---

aufgenommen (vgl [www.muettergenesungswerk.de/unsere-geschichte.html](http://www.muettergenesungswerk.de/unsere-geschichte.html)). Zuvor gab es nur Mütterkuren. Erst in den 1990er Jahren nahm die Zahl der Mutter-Kind-Kuren immer mehr zu (vgl dazu Collatz ua, Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern – Der Beitrag von Mütterkuren zur Frauengesundheit -, 1996, 124 f).

14

Die zum 1.1.1989 in Kraft getretene Regelung der "Vorsorgekuren für Mütter" (amtliche Überschrift) griff erstmals ausdrücklich diese seit 1950 aufgebauten Strukturen auf und ermöglichte solche Leistungen für versicherte Mütter (vgl [§ 24 SGB V](#) idF des Art 1 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen – Gesundheits-Reformgesetz – GRG vom 20.12.1988, [BGBl I 2477](#); Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuss), [BT-Drucks 11/3480 S 51](#): "Die geänderte Überschrift verdeutlicht den Inhalt der Vorschrift."). Danach konnte die Satzung der KK vorsehen, dass die Kosten der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter in Einrichtungen des Muttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen voll übernommen wurden oder nur ein Zuschuss gezahlt wurde. Die Vorsorgekuren für Mütter waren als eine Gesamtleistung eigener Art ausgestaltet, die nicht nach medizinischen Leistungen und übrigen Kosten unterscheidet (vgl Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung zum GRG-Entwurf, [BT-Drucks 11/3480 S 51](#)). Diese Gesamtleistung sollte, ohne dass dies im Gesetzeswortlaut zum Ausdruck kam, nach den Gesetzesmaterialien auch als Mutter-Kind-Kur erbracht werden können (vgl Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP eines GRG, [BT-Drucks 11/2237 S 169](#); vgl auch Gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Durchführung von Vorsorgekuren für Mütter und Muttergenesungskuren, DOK 1990, 744, 745 (Abschn 2.2) und 748 (Abschn 8.3)). Von einer Versicherung der Begleitkinder als Leistungsvoraussetzung war dabei keine Rede. Hierbei verblieb es auch, als der Gesetzgeber ausdrücklich Mutter-Kind-Maßnahmen in die Regelung einbezog (vgl [§ 24 Abs 1 S 1 Halbs 2 SGB V](#) und hierzu Begründung des Entwurfs der Fraktionen SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN eines Gesetzes zur GKV-Gesundheitsreform 2000, [BT-Drucks 14/1245 S 64](#)). Gleiches galt, als das Gesetz auch Vater-Kind-Maßnahmen als eigenständige Leistungsart regelte (vgl [§ 24 Abs 1 S 2 SGB V](#) und hierzu Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), [BT-Drucks 14/9611 S 2](#)). Der Gesetzgeber wollte hierbei die versicherten Mütter und Väter nicht mit anteiligen Kosten belasten und die bis dahin rechtlich mögliche Teilfinanzierung der als Satzungsleistungen gewährten Maßnahmen abschaffen. Er bezweckte, die Vollfinanzierung der Leistungen in Einrichtungen des Muttergenesungswerks und gleichartigen Einrichtungen zu erreichen (vgl Begründung des Entwurfs der Fraktionen SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN eines Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, [BT-Drucks 14/9035 S 4](#)). Der Gesetzgeber behielt schließlich die Konzeption eines Anspruchs lediglich der versicherten Mütter oder Väter unter Einbeziehung der Begleitkinder als Annex zur medizinischen Vorsorge um des versicherten Elternteils willen auch bei, als er die Leistungen der Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen von Ermessens- in Pflichtleistungen überführte (vgl Begründung

15

d) Schließlich spricht das Regelungssystem dafür, dass der Anspruch auf "Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter" nicht die Versicherung von Begleitkindern in der GKV voraussetzt. Rechtssystematisch sind die Kinder in die "Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahmen" im Sinne einer sozialen Ergänzung einbezogen, einem Leistungsannex, um der Mutter (dem Vater) die Teilnahme an der Maßnahme zu ermöglichen oder zu erleichtern. Es geht hierbei gerade nicht um eine stationäre Vorsorgeleistung für Kinder, die systemgerecht auch wie allgemein bei dem Anspruch auf medizinische Vorsorgeleistungen voraussetzt, dass die Kinder selbst in der GKV versichert sind (vgl. [Â§ 23 Abs 1](#) iVm Abs 4 und 5 SGB V). Auch andere entsprechende Regelungen erfordern nicht, dass die den Bedarf im sozialen Kontext begründende Person selbst in der GKV versichert sein muss. Wie die Mitnahme von Begleitkindern "Elternteil-Kind-Maßnahmen" ermöglichen soll, soll die Regelung des Anspruchs auf Haushaltshilfe als sozialer Leistungsannex ua medizinische Vorsorgemaßnahmen für Mütter oder Väter ohne Begleitkind ermöglichen, nicht etwa "Elternteil-Kind-Maßnahmen" verhindern (vgl. [Â§ 38 SGB V](#)). Es genügt auch für den Anspruch auf Haushaltshilfe, dass ein Kind im Haushalt lebt, das typisierend den Bedarf begründet, ohne dass es versichert sein muss (vgl. [Â§ 38 Abs 1 S 2 SGB V](#), allg Meinung, vgl zB Hellweg in Orlowski/Remmert, SGB V, Stand Mai 2019, Â§ 38 RdNr 17; Luthé in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Juni 2018, Â§ 38 RdNr 37 ff; Nolte in Kasseler Komm, Stand Dezember 2018, [Â§ 38 SGB V](#) RdNr 22; Padé© in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, Â§ 38 RdNr 25; Wagner in Krauskopf, SGB V, Stand November 2018, Â§ 38 RdNr 14). Wollte der Gesetzgeber in solchen Fällen das Erfordernis einer GKV-Versicherung der bedarfsauslösenden Kinder als zusätzliche Voraussetzung regeln, müsste er dies hinreichend verdeutlichen. Davon hat er bei "Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahmen" ebenso wie bei der Haushaltshilfe abgesehen. Soweit "Gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Durchführung von Vorsorgekuren für Mütter und Müttergenesungskuren" der Spitzenverbände der KKn und des Deutschen Müttergenesungswerks mit den angeschlossenen Trägergruppen vom 1.10.1990 (DOK 1990, 744, 748, dort unter 8.3) Abweichendes vorgeben, sind sie wegen des Gesetzesverstosses unbeachtlich.

16

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

Erstellt am: 19.03.2020

Zuletzt verändert am: 21.12.2024

---