

B 1 KR 12/02 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Stade (NSB)
Aktenzeichen
-

Datum
29.08.2000
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
-

Datum
27.02.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 12/02 R

Datum
16.12.2003
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 27. Februar 2002 aufgehoben und die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stade vom 29. August 2000 zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungs- und Revisionsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Klägerin hält die beklagte Ersatzkasse für verpflichtet, die Kosten für eine Mutter-Kind-Kur in vollem Umfang zu übernehmen.

Nach anfänglicher Ablehnung bewilligte die Beklagte der Klägerin im Widerspruchsverfahren einen 50%igen Zuschuss zu den Kosten einer 21-tägigen Müttergenesungskur, die von der Klägerin und ihrem Anfang 1997 geborenen Sohn in einem Kurheim für Frauen und Kinder in der Zeit vom 2. bis 23. Juni 1999 wahrgenommen wurde. Wegen der Beschränkung auf den Zuschuss hielt die Klägerin ihren Widerspruch mit dem Ziel aufrecht, eine volle Kostenübernahme zu erreichen. Insoweit wurde der Widerspruch jedoch mit Bescheid vom 10. Juni 1999 zurückgewiesen. Das Sozialgericht hat die Entscheidung der Beklagten mit Gerichtsbescheid vom 29. August 2000 bestätigt.

Auf die Berufung der Klägerin hat das Landessozialgericht (LSG) die Beklagte unter Abänderung der vorangegangenen Entscheidungen zur Zahlung von 2.143,70 DM verurteilt, weil der Klägerin Anspruch auf volle Kostenerstattung abzüglich der von ihr zu leistenden Zuzahlung zustehe. Für die in der Satzung der Beklagten vorgesehene Beschränkung auf eine nur hälftige Kostenerstattung gebe es keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage. [§ 41 Abs 1 Satz 1](#) und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) begründe einen vollen Anspruch auf eine stationäre Mutter-Kind-Kur, wenn die Voraussetzungen des [§ 27 Abs 1 SGB V](#) vorlägen, die hier unstreitig seien. Das Gesetz räume der Krankenkasse kein Ermessen ein in Bezug auf den Grund des Anspruchs, sondern lediglich in Bezug auf die Art und Weise der Leistung. Systematisch handle es sich um eine Regelleistung und nicht um eine Mehrleistung, die von der Krankenkassensatzung vorgesehen werden könne. Der Vergleich mit anderen Regelleistungen zeige, dass deren Höhe bzw eine eventuelle Zuzahlungspflicht vom parlamentarischen Gesetzgeber festgelegt werden müsse und nicht einer Satzungsregelung überlassen werden dürfe. Die Befugnis zur Festlegung eines Zuschusses in beliebiger Höhe stelle die Leistung selbst in das Belieben der Krankenkasse und treffe insbesondere Mütter, die für den Fehlbetrag nicht aufkommen könnten. Deshalb sei auch das Gleichbehandlungsgebot verletzt. Da die Möglichkeit der Leistungsbeschränkung nicht für sonstige Rehabilitationsmaßnahmen iS von [§ 40 SGB V](#), sondern nur für Müttergenesungskuren gelte, werde überdies ein grundgesetzlich durch [Art 6 Grundgesetz \(GG\)](#) besonders geschützter Personenkreis getroffen.

Insgesamt verstoße [§ 41 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) in der Auslegung durch die Beklagte gegen das Grundgesetz. Es sei aber eine verfassungskonforme Auslegung dahingehend möglich, dass die Krankenkasse aus den erwähnten Gründen zur vollständigen Kostenübernahme verpflichtet sei. Die in der Vorschrift enthaltene Satzungsermächtigung gehe dadurch nicht ins Leere. Wegen der grundsätzlichen Bindung an den Sachleistungsgrundsatz bedürften Fälle der Kostenerstattung einer eigenen Regelung, die hier der Krankenkassensatzung vorbehalten sei. Je nach deren Inhalt müssten die in [§ 41 Abs 3 SGB V](#) vorgeschriebenen Zuzahlungen an die Kureinrichtung geleistet oder vom Erstattungsbetrag einbehalten werden. Da im vorliegenden Fall Kostenerstattung erfolgt sei, müsse der Anspruch auf die vollen Kosten um die Zuzahlung gekürzt werden (Berufungsurteil vom 27. Februar 2002).

Mit ihrer dagegen gerichteten Revision rügt die Beklagte eine Verletzung von [§ 41 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) und von [§ 31](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch. Eine verfassungskonforme Auslegung von [§ 41 SGB V](#) scheitere an den eindeutigen Begriffen der "Kostenübernahme" und des "Zuschusses" sowie an [§ 41 Abs 3 SGB V](#), der belege, dass der Gesetzgeber von der Möglichkeit einer teilweisen Kostenübernahme

ausgegangen sei. [§ 41 SGB V](#) sei auch nicht verfassungswidrig. Ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz liege nicht vor, da sich die fraglichen Leistungen des Müttergenesungswerkes von allgemeinen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen unterschieden. Müttergenesungskuren setzten beispielsweise nicht die besondere Indikation für einen stationären Aufenthalt nach [§ 40 Abs 2 SGB V](#) voraus. Sowohl der Gesetzeswortlaut als auch die Gesetzesentstehung belegten, dass der Gesetzgeber die Entscheidung über eine vollständige oder teilweise Kostenübernahme bewusst den Krankenkassen habe übertragen wollen. Soweit Versicherte nicht in der Lage seien, den Differenzbetrag aufzubringen, bleibe ihnen die Möglichkeit der stationären Rehabilitationsmaßnahme nach [§ 40 SGB V](#), für die allerdings strengere Maßstäbe gelten würden und die nur in gemäß [§ 111 SGB V](#) zugelassenen Einrichtungen durchgeführt werden dürften.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 27. Februar 2002 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stade vom 29. August 2000 zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil. Der Begriff "Zuschuss" habe sich ursprünglich nur auf die Kosten für Unterbringung und Verpflegung bezogen. Durch die Erbringung als vollstationäre Leistung könnten die medizinisch veranlassten von den sonstigen Kosten nun zwar nicht mehr unterschieden werden; daraus sei aber nicht zu schließen, dass der Gesetzgeber den bisherigen Umfang der Kostenbeteiligung wesentlich einschränken wolle. Die nur hälftige Beteiligung der Beklagten an den Gesamtkosten führe wegen der regelmäßigen Belastungssituation von Familien mit Kindern häufig dazu, dass Mutter-Kind-Kuren nur wahrgenommen werden könnten, wenn zusätzlich der Sozialhilfeträger eintrete. Diese Kuren seien durch eine spezifische, durch Rahmenempfehlungen und Begutachtungsanleitungen konkretisierte Bedarfssituation gerechtfertigt, für die andere Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen ungeeignet seien. In diesem Unterschied liege jedoch kein sachgerechter Grund für eine wesentlich geminderte Kostenbeteiligung von Krankenkassen.

II

Die Revision der Beklagten ist begründet. Das angefochtene Urteil war aufzuheben und der erstinstanzliche Gerichtsbescheid wiederherzustellen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf vollständige Kostenübernahme für die im Juni 1999 durchgeführte Mutter-Kind-Kur gegen die Beklagte.

Einzig mögliche Anspruchsgrundlage ist [§ 41 Abs 1 Satz 1](#) und 2 SGB V in der zwischen dem 1. Januar 1989 und dem 31. Dezember 1999 gültigen Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl I 2477](#)); die Änderungen zum 1. Januar 1993 und zum 1. Januar 1997 betrafen [§ 41 Abs 2](#) und 3 SGB V. Danach kann die Krankenkasse unter den in [§ 27 Satz 1 SGB V](#) genannten Voraussetzungen aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbringen. Die Satzung der Krankenkasse "kann vorsehen", dass die Kosten der Kur übernommen werden oder dazu ein Zuschuss gezahlt wird. § 20 Abs 2 der Satzung der Beklagten in der hier einschlägigen Fassung beschränkt den Anspruch auf einen 50%igen Zuschuss. Den Inhalt der Satzung und die korrekte Berechnung des Zuschusses hat die Klägerin in den Vorinstanzen nicht in Abrede gestellt, sodass kein Anlass besteht, darauf näher einzugehen. Da der Senat den weitergehenden Anspruch verneint, braucht er auch weder zu dessen allgemeinen noch zu den möglichen speziellen Voraussetzungen Stellung zu nehmen, die für die erst seit dem 1. Januar 2000 in der Vorschrift ausdrücklich erwähnten Mutter-Kind-Maßnahmen gelten.

[§ 41 Abs 1 SGB V](#) begründet keinen Anspruch auf volle Kostenübernahme. Die anders lautende Auffassung des LSG lässt sich mit dem Gesetzeswortlaut in Satz 2 der Vorschrift nicht vereinbaren, der mit den Begriffen der Kostenübernahme und des Zuschusses die vollständige bzw teilweise Leistungspflicht der Krankenkasse klar umschreibt. Dass der Wille des Gesetzgebers eine Beschränkung der Leistungspflicht mit umfasst, ergibt sich überdies aus [§ 41 Abs 3 SGB V](#), der die Zuzahlungspflicht davon abhängig macht, dass die Krankenkasse die Kosten voll übernimmt; die Gesetzesbegründungen zu dieser erst 1993 eingefügten Bestimmung und zur vorher geltenden Verweisung auf [§ 40 Abs 5 SGB V](#) belegen, dass die Zuzahlungspflicht seit Einführung der Zuschussregelung nur bei voller Kostenübernahme gelten sollte (einerseits Begründung zum GRG in [BT-Drucks 11/3480 S 55](#) mit Verweis auf die Begründung zu § 24 des Entwurfs auf S 55; andererseits Begründung zum Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#) in [BT-Drucks 12/3608 S 82](#)). Eine auf den Zahlungsweg beschränkte Regelung kann in [§ 41 Abs 3 SGB V](#) wegen des ausdrücklichen Bezugs auf eine volle Kostenübernahme nicht gesehen werden; der entsprechende eingeschobene Relativsatz wurde auch konsequenterweise gestrichen, als der Gesetzgeber die Ermächtigung zur satzungsrechtlichen Leistungsbeschränkung zum 1. August 2002 aufhob (vgl Art 1 Nr 2 Buchst c des Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter = 11. SGB V-Änderungsgesetz vom 26. Juli 2002, [BGBl I 2874](#)). Schließlich wird diese Auslegung durch die Gesetzesmaterialien zum GRG gestützt, in denen ausdrücklich festgehalten wird, dass der Zuschuss in einem festen Betrag oder in einem Vomhundertsatz der Kosten bestehen kann (vgl nochmals [BT-Drucks 11/3480 S 51](#) zu § 24 des Entwurfs).

Zwar sollte sich der in der Kassensatzung festzulegende Zuschuss im zunächst vorgelegten Gesetzentwurf zum GRG lediglich auf die "übrigen" Kosten beziehen - damit wären die nicht medizinisch verursachten Aufwendungen gemeint gewesen, also vor allem diejenigen für Unterkunft und Verpflegung (vgl [BT-Drucks 11/2237 S 21](#) und S 180 jeweils in Bezug auf § 40 des Entwurfs). Dieser Entwurf ist jedoch nicht Gesetz geworden. Wäre dies geschehen, hätten die Krankenkassen ihre Leistungspflicht nur insoweit einschränken dürfen, als sich bei Müttergenesungskuren die medizinisch veranlassten von den übrigen Kosten unterscheiden ließen. Möglicherweise hegte der Gesetzgeber trotz des schließlich beschlossenen Wortlauts die unausgesprochene Erwartung, die Kassen würden von dem ihnen eingeräumten Gestaltungsspielraum ohnehin nur im Sinne der ursprünglich vorgeschlagenen Formulierung oder jedenfalls zurückhaltend Gebrauch machen; in der später zum 1. August 2002 in Kraft gesetzten Neuregelung könnte man ebenfalls ein Indiz für diese These sehen.

Im Ergebnis können auch diese Überlegungen jedoch die Entscheidung des LSG nicht rechtfertigen. Sie ändern vor allem nichts daran, dass der Gesetzgeber die angedeuteten Vorstellungen im Gesetzestext nicht einmal andeutungsweise zum Ausdruck gebracht hat. Die Begründung für die letztlich in Kraft getretene Gesetzesfassung macht überdies deutlich, dass der Gesetzeswortlaut nicht etwa auf einem Versehen oder Missverständnis beruht. Schon von daher scheidet die Interpretation der mit dem 11. SGB V-Änderungsgesetz zum 1. August 2002 verfügten Änderungen als Klarstellung des von Anfang an eigentlich Gewollten aus.

Dagegen sprechen auch die gleichzeitig vorgenommenen übrigen Neuerungen. Während nach dem hier noch anzuwendenden Wortlaut der seit 1989 geltenden Fassung des [§ 41 Abs 1 SGB V](#) Müttergenesungskuren in Einrichtungen durchgeführt werden durften, die zur Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten nicht eigens zugelassen waren, ist nach dem im Jahre 2002 eingefügten [§ 41 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) ein Versorgungsvertrag gemäß dem ebenfalls neu geschaffenen [§ 111a SGB V](#) Voraussetzung für die Leistungserbringung; gleichzeitig wurden die nach [§ 111a SGB V](#) zugelassenen Einrichtungen in die Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Leistungserbringung nach [§ 135a Abs 2 Satz 2](#) und [§ 137d Abs 1a SGB V](#) aufgenommen. In diesem Zusammenhang betont die Begründung zum Entwurf des diese Änderungen enthaltenden 11. SGB V-Änderungsgesetzes die Angleichung der Qualitätssicherung an das für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen vorgeschriebene Niveau ([BT-Drucks 14/9035 S 4](#)). Die erwähnten umfassenden Änderungen der Vorschriften über die früheren "Müttergenesungskuren", die seit dem 1. August 2002 ausdrücklich auch für Väter vorgesehen sind, lassen sich infolgedessen nicht als Klarstellung einer im GRG vermeintlich unvollkommen ausgedrückten ursprünglichen gesetzgeberischen Absicht, sondern nur als Neuregelung verstehen, die sich auch in Bezug auf den Leistungsumfang vom früher geltenden Recht unterscheidet.

Die von der Beklagten getroffene Satzungsregelung hält sich im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung. Dabei kommt es für den von der Klägerin erhobenen Anspruch nicht darauf an, ob die Beklagte ermächtigt gewesen wäre, einen niedrigeren Zuschuss als einen solchen in Höhe von 50% der Kosten festzulegen. Insofern wäre allenfalls zu diskutieren, ob eine Verpflichtung zu einem höheren als 50%igen Mindestzuschuss besteht. Einer in diese Richtung weisenden Kommentarmeinung (Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 19. Aufl Stand: Januar 1997, [§ 41 SGB V](#), RdNr 44) folgt der Senat jedoch nicht. Es trifft zwar zu, dass eine Zuschussregelung mit festem Vomhundertsatz und ohne Mindestbetrag bei Müttergenesungskuren zu höheren Eigenbeteiligungen der Versicherten als bei ambulanten Rehabilitationskuren iS von [§ 40 Abs 1 SGB V](#) in der bis Ende 1999 geltenden Fassung führen kann und dass der Gesetzgeber ursprünglich einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Leistungen gesehen haben mag. Dieser Zusammenhang ist aber durch die bereits erörterte Umformulierung des [§ 41 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) im Gesetzgebungsverfahren zum GRG aufgegeben worden. Das wird durch die einseitige Aufhebung der Zuschussregelung des [§ 40 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) zum 1. Januar 2000 ohne entsprechende Änderung von [§ 41 SGB V](#) unterstrichen (Art 1 Nr 19 Buchst a bzw Nr 20 Buchst b GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999, [BGBl I 2626](#)). Die Parallele zu den allgemeinen Rehabilitationsmaßnahmen trägt auch deshalb nicht, weil Müttergenesungskuren - jedenfalls in Fällen wie dem der Klägerin - als Mutter-Kind-Maßnahme durchgeführt werden müssen. Dadurch entstehen der Krankenkasse zusätzliche Kosten, mit denen sie unter eng am versicherten Risiko der Krankheit orientierten Gesichtspunkten nicht belastet werden dürfte. Denn das Gesetz verlangt ebenso wenig wie die einschlägigen Rahmenempfehlungen (vgl DOK 1990, 744, 748 Abschn 8.3), dass das zusammen mit der Mutter betreute Kind gesetzlich krankenversichert oder dass es behandlungsbedürftig ist. Schließlich ist zu bedenken, dass eine Zuschussregelung mit einem starren Vomhundertsatz oder Festbetrag der Verwaltungsvereinfachung dient und ein von der Literatur (vgl nochmals Schmidt aaO) erwogener Mindestzuschuss in Höhe der durchschnittlichen Baderkurkosten wegen der Zweifelsfragen bei deren Feststellung zusätzliche Rechtsunsicherheit schaffen würde. Für eine entsprechende Einschränkung des gestalterischen Ermessens des Satzungsgebers bieten überdies weder der Gesetzeswortlaut noch die zitierte Gesetzesbegründung eine Stütze (vgl nochmals [BT-Drucks 11/3480 S 55](#)).

Auf der Ebene des einfachen Rechts erweist sich infolgedessen die von der Beklagten getroffene Entscheidung als rechtmäßig. Das gilt auch mit Rücksicht auf die übergreifenden systematischen Erwägungen des LSG, die an der begrifflichen Unterscheidung zwischen "Regelleistung" und "Mehreistung" anknüpfen und mit denen begründet werden soll, dass die Satzung der Beklagten keine niedrigere als die volle Kostenübernahme habe anordnen dürfen, weil der Umfang von Regelleistungen im Gesetz festzulegen sei. Abgesehen davon, dass das SGB V anders als noch [§ 179 Abs 2](#) und 3 Reichsversicherungsordnung nicht generell zwischen Regel- und Mehreleistungen differenziert, liegt darin keine Rechtfertigung für eine vom Wortlaut abweichende Auslegung des [§ 41 Abs 1 Satz 2 SGB V](#). Es spricht nämlich nichts dagegen, dass eine ausdrückliche Satzungsermächtigung den angeblichen Gesetzesvorbehalt für den Umfang von Regelleistungen ausnahmsweise durchbricht. Dem kann [§ 55 Satz 2 SGB V](#) in der zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Fassung nicht entgegengehalten werden. Das darin enthaltene Verbot, für gesetzlich vorgeschriebene Leistungen neue Zuzahlungspflichten zu kreieren, richtet sich an den Satzungsgeber und kann eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung zur Leistungsbeschränkung nicht hindern, zumal wenn deren Konformität mit [§ 55 SGB V](#) durch eine eigene Zuzahlungsregelung bestätigt wird, wie sie hier in [§ 41 Abs 3 SGB V](#) getroffen wurde. Im Übrigen war [§ 55 SGB V](#) entgegen der Auffassung des LSG bereits vor dem hier entscheidungserheblichen Zeitraum außer Kraft getreten (Art 1 Nr 7 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. Dezember 1998, [BGBl I 3853](#)).

Anders als das LSG hat sich der Senat auch nicht davon zu überzeugen vermocht, dass das einfache Recht gegen das Grundgesetz verstößt. Dabei hat die verfassungsrechtliche Beurteilung unmittelbar an der hier einschlägigen Satzungsbestimmung und nur mittelbar an [§ 41 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) anzuknüpfen. Denn die Überprüfung von Normen durch die Fachgerichte im Rahmen von [Art 100 Abs 1 GG](#) dient nicht der abstrakten Normenkontrolle, sondern lediglich der Klärung, ob die Rechtsanwendung im konkreten Einzelfall zu einem verfassungswidrigen Ergebnis führt. Die konkrete Rechtsfolge einer Ermächtigungsnorm ergibt sich erst durch die darauf beruhende untergesetzliche Umsetzung; ob die Beklagte zu einer Satzungsregelung ermächtigt gewesen wäre, die den Leistungsanspruch noch weiter einschränkt, mag für die abstrakte verfassungsrechtliche Prüfung von [§ 41 SGB V](#) bedeutsam sein, ist aber für den Anspruch der Klägerin unerheblich und daher hier nicht zu prüfen (vgl [BVerfGE 79, 245, 249 f](#)). Von daher geht das Argument des LSG, [§ 41 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) stelle die Leistung entgegen dem Bestimmtheitsgrundsatz in vollem Umfang in das Belieben der Krankenkasse, von vornherein fehl; denn nach der zu beurteilenden konkreten Rechtslage haben die Mitglieder der Beklagten regelmäßig Anspruch auf Übernahme der Hälfte der bei Müttergenesungskuren entstehenden Kosten. Außerdem würde die mit einer solchen Begründung angenommene Verfassungswidrigkeit der Ermächtigungsgrundlage der Anwendbarkeit der Krankenkassensatzung im Zweifel nicht entgegenstehen; vielmehr wäre dem Gesetzgeber zunächst innerhalb einer Übergangsfrist Gelegenheit zu geben, den verfassungswidrigen Zustand zu beseitigen (vgl nochmals [BVerfGE 79, 245, 250 f](#)).

Die demnach hier zu entscheidende Frage, ob die Verfassung gebietet, dass die Krankenkasse einen höheren Anteil der Kosten für Müttergenesungskuren als die in ihrer Satzung vorgesehenen 50% übernimmt, ist zu verneinen. Ein darauf gerichteter Anspruch aus [Art 6 Abs 4 GG](#), wonach jeder Mutter der Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft zustehen, scheidet schon daran, dass dieser vor allem die besondere Belastung und Gefährdung von Arbeitnehmerinnen während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit im Blick hat und dem Gesetzgeber insoweit ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt ist (zuletzt: [BVerfG 18. November 2003 - 1 BvR 302/96](#) - Gliederungsziffer C 2 b mWn; [BVerfGE 37, 121, 126 f](#) = [SozR 7830 § 14 Nr 1 S 2](#); vgl auch [BVerfGE 60, 68, 74](#) = [SozR 4100 § 104 Nr 10 S 6 f](#)). Auch die Pflicht zum besonderen Schutz von Ehe und Familie nach [Art 6 Abs 1 GG](#) begründet keine konkreten Ansprüche auf eine bestimmte Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung ([BVerfG 12. Februar 2003 - 1 BvR 624/01 - SozR 4-2500 § 10 Nr 1](#) RdNr 28 und unter Hinweis auf [BVerfGE 82, 60, 81](#)).

Schließlich ist für eine Verletzung des in [Art 3 Abs 1 GG](#) niedergelegten allgemeinen Gleichheitssatzes nichts ersichtlich. Eine solche ist vor allem dann anzunehmen, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten ([BVerfGE 104, 126](#), 144 f = [SozR 3-8570 § 11 Nr 5](#) S 48 f; vgl [BVerfGE 103, 242](#), 258 = [SozR 3-3300 § 54 Nr 2](#) S 12 jeweils mwN). Dabei setzt der Gleichheitssatz dem Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers um so engere Grenzen, je stärker sich die Ungleichbehandlung von Personen oder Sachverhalten auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten nachteilig auswirken kann. Außerhalb dieses Bereichs lässt er dem Gesetzgeber weitgehende Freiheit, Lebenssachverhalte je nach dem Regelungszusammenhang verschieden zu behandeln; die Grenze bildet insoweit allein das Willkürverbot, dh wenn sich für die Ungleichbehandlung kein in angemessenem Verhältnis zu dem Grad der Ungleichbehandlung stehender Rechtfertigungsgrund finden lässt ([BVerfGE 102, 68](#), 87 = [SozR 3-2500 § 5 Nr 42](#) S 184; [BVerfGE 97, 271](#), 290 f = [SozR 3-2940 § 58 Nr 1](#) S 10 f jeweils mwN; vgl auch [BVerfGE 94, 241](#), 260 = [SozR 3-2200 § 1255a Nr 5](#) S 13 f).

Grundrechtlich geschützte Freiheiten sind durch die hälftige Beteiligung der Versicherten an der streitigen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht betroffen; dass [Art 6 GG](#) keinen Leistungsanspruch in bestimmter Höhe begründet, wurde schon ausgeführt. Der Gesetzgeber hat seinen demnach im Rahmen von [Art 3 Abs 1 GG](#) weiten Gestaltungsspielraum nicht deshalb überschritten, weil sich Leistungseinschränkungen bei Versicherten je nach deren finanzieller Situation unterschiedlich auswirken können, denn Abstufungen des Leistungsumfangs in der Krankenversicherung sind verfassungsrechtlich nicht generell ausgeschlossen. Anders als durch gesetzlich in unterschiedlicher Höhe zugelassene Satzungsleistungen könnte überdies der vom Gesetzgeber mit der Möglichkeit des Wechsels zu einer anderen Krankenkasse gewollte Wettbewerb unter den Trägern der Krankenversicherung schwerlich erreicht werden (vgl [§§ 173 ff SGB V](#) in der am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Fassung des Art 1 Nr 116 GSG vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#)). Da mit dem angestrebten Wettbewerb zwischen den einzelnen Kassen verfassungsrechtlich zulässige Ziele, nämlich die Stärkung des öffentlich-rechtlichen Krankenversicherungssystems, verfolgt werden, liegt schon darin ein sachlicher Grund für die vom Gesetzgeber in Kauf genommene Möglichkeit unterschiedlich hoher Leistungen bei verschiedenen Krankenkassen.

Einen sachlichen Grund gibt es auch für die Differenzierung zwischen allgemeinen Rehabilitationsleistungen und Mutter-Kind-Maßnahmen. Hierzu wurde auf die Mitbetreuung nicht versicherter und nicht rehabilitationsbedürftiger Kinder und den dadurch gelockerten Bezug zum Krankenversicherungsrisiko bereits hingewiesen. Weitere rechtliche Besonderheiten von Müttergenesungskuren im hier maßgeblichen Zeitraum betreffen die Ausnahmen vom grundsätzlichen Vorrang ambulanter Behandlungsformen und - wie im Gegensatz zum inzwischen geltenden Recht ebenfalls bereits dargestellt - von der Bindung an krankenversicherungsrechtlich zugelassene Einrichtungen und der damit einhergehenden Qualitätssicherung (vgl nunmehr [§ 41 Abs 1 Satz 3](#), [§ 111a](#), [§ 135a Abs 2 Satz 2](#), [§ 137d Abs 1a SGB V](#)). Schließlich sind die besonderen Leistungsinhalte zu erwähnen, die der auch von der Klägerin betonten besonderen Bedarfssituation von Müttern und ihren Kindern gerecht werden müssen. Diese ist nach entsprechenden Untersuchungen vor allem durch psychosoziale Überforderungen in der Familie und ihre psychosomatischen Folgen geprägt (Dokter, BKK 1996, 588, 590 f; vgl auch Gemeinsame Rahmenempfehlungen DOK 1990, 744, 745 Abschn 2.2). Dementsprechend sollen Mutter-Kind-Kuren nach den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen die Gelegenheit dazu bieten, um ua die Mutter-Kind-Beziehung zu verbessern, das Lernfeld Kind-Mutter-Dritte zu nutzen und pädagogische Hilfen sowie Einsicht in Ursachen und Bedingungen bei kindlichen Verhaltensauffälligkeiten zu vermitteln (DOK 1990 aaO). So sinnvoll dieses Leistungsspektrum für den angesprochenen Personenkreis im Interesse der Verbesserung der psychosozialen Lebenssituation sein mag, so wird daraus doch deutlich, dass die hier zu beurteilenden Kuren nicht zum Kernbereich der von den Krankenkassen zu gewährleistenden medizinischen Versorgung gerechnet werden können (zur Unterscheidung zwischen Krankheitsbekämpfung und Gesundheitsförderung vgl BSG [SozR 3-2500 § 138 Nr 2](#) S 23 f mwN). Da demnach für sonstige Rehabilitationsmaßnahmen regelmäßig andere Leistungsgrundsätze und -schwerpunkte als für Müttergenesungskuren gelten, war der Gesetzgeber verfassungsrechtlich nicht verpflichtet, für beide Bereiche denselben Leistungsumfang vorzuschreiben. Ob die hier zu beurteilende Leistungsbeschränkung rechtspolitisch sinnvoll ist, hat der Senat nicht zu bewerten, zumal der Gesetzgeber inzwischen mit dem 11. SGB V-Änderungsgesetz andere Prioritäten gesetzt hat.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2004-03-19