

## **S 39 KR 1654/20**

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Duisburg (NRW)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
39  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 39 KR 1654/20  
Datum  
19.04.2022  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. **Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.266,64 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten seit dem 01.10.2020 zu zahlen.**
2. **Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.**
3. **Der Streitwert beträgt 1.266,64 €.**

### **Tatbestand:**

Die Beteiligten streiten über die Bezahlung einer Rechnung der Klägerin bezüglich eines stationären Krankenhausaufenthalt eines Neugeborenen, dessen Sorgeberechtigten sich bisher nicht an die Beklagte zur Klärung einer Familienversicherung für das Neugeborenen gewendet haben.

Die am ...05.2020 geborene .....(im Folgenden: Patientin) wurde im Zeitraum vom 21.05.2020 bis zum 23.05.2020 im Hause der Klägerin stationär behandelt.

Die Klägerin stellte diesen stationären Aufenthalt der Beklagten mit 1.266,64 € in Rechnung. Die Beklagte lehnte die Zahlung der Rechnung mit der Begründung ab, dass die Patientin nicht bei ihr versichert sei – weder als Mitglied noch im Rahmen einer Familienversicherung.

Die Mutter der Patientin war zum streitigen Zeitpunkt bei der Beklagten in Form der Familienversicherung versichert. Stammversicherte war Frau ....die Großmutter der Patientin.

Die Klägerin hat am 23.11.2020 Klage erhoben mit dem Begehren der Erfüllung der Rechnung. Die Klägerin trägt zum Sachverhalt vor, die Mutter der Patientin habe bei Aufnahme im Hause der Klägerin angegeben, bei der Beklagten versichert zu sein. Zur Rechtslage trägt die Klägerin vor, dass sich das Bestehen der Familienversicherung aus dem Gesetz ergebe. Auf die Ausfüllung von Formularen komme es für den Eintritt der Familienversicherung nicht an. Es bestünden zwar Mitwirkungspflichten des Stammmitgliedes, diese Obliegenheiten hätten jedoch keinen Einfluss auf den Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Behandlungskosten.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.266,64 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten seit dem 01.10.2020 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt zum Sachverhalt vor, dass bisher trotz mehrfacher postalischer Kontaktversuche bei der Mutter und der Großmutter der Patientin kein Antrag auf eine Familienversicherung bei ihr eingegangen sei. Zur Rechtslage trägt die Beklagte vor, dass es für die Durchführung der Familienversicherung der Mitwirkung der Stammversicherten bzw. eines Elternteils bedürfe. [§ 10](#) Sozialgerichtsgesetz,

Fünftes Buch (SGB V) enthalte keine des Selbstvollzugs fähige Regelung, sondern die Voraussetzung der Familienversicherung müssten durch die Verwaltung geprüft werden und ggf. ein Bescheid zur Ablehnung der Familienversicherung erlassen werden. Diese Prüfung könne nur erfolgen, wenn die erforderlichen Unterlagen vorlägen; dies seien die Geburtsurkunde und der Antrag auf Durchführung einer Familienversicherung. [§ 10 Abs. 6 SGB V](#) verpflichte das Stammmitglied und die Angehörigen die erforderlichen Angaben mitzuteilen. Hierfür seien einheitliche Meldevordrucke zu nutzen. Diese Angaben müssten zur Verlässlichkeit der Versichertenkartei erfolgen. Die Beklagte sei gemäß [§§ 288, 298 SGB V](#) verpflichtet ein Versichertenverzeichnis zu führen und aktuell zu halten. Dies sei nur unter Mitwirkung der Stammversicherten möglich.

Das Gericht hat zur Ermittlung des Sachverhaltes eine Geburtsurkunde der Patientin beim Standesamt Duisburg-Nord angefordert. Nach dieser Geburtsurkunde ist die Geburt der Patientin unter der Registernummer G 348/2020 bei dem genannten Standesamt registriert. Mutter des Kindes ist ausweislich der Urkunde Frau M. Die zweite Elternstelle ist unbesetzt.

Das Gericht hat die Patientin mit Beschluss vom 03.03.2022 nach [§ 75 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum Verfahren beigelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie den der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Der wesentliche Inhalt der vorgenannten Akten ist Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden.

### **Entscheidungsgründe:**

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klage ist zulässig. Die Klägerin macht einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für stationäre Krankenhausbehandlung nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) geltend. Die Klage einer Krankenhausträgerin – wie der Klägerin – auf Zahlung der Behandlungskosten einer Versicherten gegen eine gesetzliche Krankenversicherung – wie die Beklagte – ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis in welchem die echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig ist. Denn eine Regelung durch Verwaltungsakt kommt aufgrund des Gleichordnungsverhältnisses nicht in Betracht (vgl. u.a. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KN 3/08 KR R](#) –; BSG, Urteil vom 28.09.2006 – [B 3 KR 23/05](#) –).

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf die Vergütung der stationären Behandlung der Patientin in Höhe von 1.266,64 €.

Der Vergütungsanspruch aufgrund einer stationären Behandlung gegenüber der Beklagten entsteht durch die Erfüllung des Anspruchs der Versicherten auf die erforderliche Behandlung aus [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) durch die Klägerin. Die Inanspruchnahme der nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) erforderlichen Leistung durch die Versicherten in einem für die Versorgung zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), führt nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu einer Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse.

Die tatsächlich Durchführung der Behandlung, deren medizinische Notwendigkeit und die Höhe der Abrechnung sind zwischen den Beteiligten unstrittig, weshalb eine Überprüfung durch das Gericht entbehrlich war (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 17.12.1997 – 11 Rar 61/97; *B. Schmidt* in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage, § 103 Rn 7a m.w.N).

Die Beteiligten streiten ausschließlich über die Versicherung der Patientin im Zeitraum der durchgeführten Behandlung.

Nach der Überzeugung der Kammer war die Patientin im Zeitraum der Behandlung bei der Beklagten nach [§ 10 SGB V](#) versichert.

Nach [§ 10 Abs. 1 SGB V](#) sind unter anderem die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern versichert, wenn diese Familienangehörigen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind, nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind, nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet. Nach Absatz 2 Nr. 1 sind Kinder bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres versichert.

Die positiven Tatbestandsmerkmal des [§ 10 Abs. 1 SGB V](#) sind nach den übereinstimmenden Angaben der Beteiligten erfüllt. Die Großmutter der Patientin war zum Behandlungszeitraum Mitglied bei der Beklagten. Die Mutter der Patientin war im Behandlungszeitraum über ihre Mutter familienversichert. Somit unterfällt die Patientin als Kind eines familienversicherten Kindes der Regelung des [§ 10 Satz 1](#) 1. HS SGB V. Angesichts der Geburt in Duisburg am 04.05.2020 und der kurze Zeit später erfolgten Krankenhausbehandlung in Duisburg ist davon auszugehen, dass die Patientin ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Duisburg – und somit im Inland – hatte und somit die Voraussetzung des [§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) erfüllt. Diese Überzeugung der Kammer wird dadurch gestützt, dass auch die Mutter der Patientin ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hatte. Dies ergibt sich aus der von der Beklagten unstrittig durchgeführten Familienversicherung der Mutter.

Für das Vorliegen von Ausschlussgründen nach [§ 10 Abs. 1 Nr. 2](#) – 5 SGB V bestehen bei einem Neugeborenen weder im Allgemeinen noch im konkreten Einzelfall Anhaltspunkte.

Die Voraussetzung des [§ 10 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) liegt ebenfalls vor, da die Patientin noch nicht volljährig war.

Auch Ausschlussgründe nach [§ 10 Abs. 3 SGB V](#) liegen nicht vor. Nach [§ 10 Abs. 3 SGB V](#) sind Kinder nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist.

Diese Voraussetzungen wurden Seitens der Beklagten bereits bei der Durchführung der Familienversicherung der Mutter der Patientin geprüft, so dass das Gericht ohne eigene Ermittlungen von diesen Voraussetzungen ausgehen konnte. Entgegenstehende Anhaltspunkte lagen nicht vor.

Es ist auch ausgeschlossen, dass über ein zweites Elternteil der Patientin ebenfalls eine Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) möglich gewesen wäre, so dass nach [§ 10 Abs. 5 SGB V](#) ein Wahlrecht bestanden hätte. Dies war bereits deshalb ausgeschlossen, da eine zweite rechtliche Elternschaft neben der Elternschaft der Mutter ausweislich der Geburtsurkunde nicht existiert (vgl. [§ 54](#) Personenstandsgesetz – PSTG).

Die Beklagte hat keinerlei Anhaltspunkte vorgetragen, die gegen das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen für eine Familienversicherung gemäß [§ 10 SGB V](#) sprechen. Die Beklagte sah sich lediglich durch die Nichterfüllung der Obliegenheiten nach [§ 10 Abs. 6 SGB V](#) durch die Stammversicherte, also die Großmutter der Patientin, an der Durchführung der Familienversicherung gehindert. [§ 10 Abs. 6 SGB V](#) ist jedoch nach Überzeugung der Kammer in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundessozialgericht (BSG) keine Voraussetzung für den Eintritt der Familienversicherung (BSG, Urteil vom 24.01.2003 – [B 12 KR 19/01 R](#) –, Rn 61). Dies ergibt sich bereits aus der Systematik des [§ 10 SGB V](#) und dem Wortlaut des [§ 10 Abs. 6 SGB V](#). § 10 SGB normiert in Abs. 1 – 3 die Tatbestandsvoraussetzungen der Familienversicherung. Das wird aus dem Wortlaut der Absätze deutlich, die jeweils ausdrücklich formulieren „versichert ist“ bzw. „nicht versichert ist“. Auch Absatz 5 bringt dies deutlich zum Ausdruck, der für das mehrfache Vorliegen der Voraussetzungen ausschließlich aus die Absätze 1 – 4 verweist. Absatz 6 enthält diese Formulierung hingegen nicht und findet sich auch in der Systematik nicht in den Bereichen der Norm, die die Voraussetzungen regeln, sondern stellt als letzter Absatz eine Art Annex dar, der nachträglich eingefügt worden ist. Dass Absatz 6 nur die Umsetzung der Familienversicherung verbessern soll und nicht eine weitere Voraussetzung für das Vorliegen der Familienversicherung beinhalten soll, ergibt sich aus den Gesetzgebungsmaterialien. Demnach wurde [§ 10 Abs. 6 SGB V](#) eingefügt, damit die Versichertenkartei verlässlicher und überprüfbarer werde ([BT-Drucks 12/3608, S. 76](#)).

[§ 10 Abs. 6 SGB V](#) normiert somit ausschließlich eine Mitteilungspflicht des Stammmitglieds. Eine über eine solche Mitteilung rechtlich noch hinausgehendes Antragserfordernis zum Beginn der Versicherung findet sich in [§ 10 SGB V](#) nicht. Nach dem Wortlaut des [§ 10 SGB V](#) offenkundig, ist dies – wie auch andere Normen zur Pflichtversicherung – keine Norm, die einen Antrag des Mitglieds oder des Angehörigen voraussetzt (*Gerlach* in Hauck/Noftz SGB V, § 10, Rn. 3). Insbesondere bei Neugeborenen ergibt sich die fehlende Antragsvoraussetzung bereits daraus, dass andernfalls für Behandlungen direkt nach der Geburt nie ein Schutz der gesetzlichen Versicherung bestände, da keine Gelegenheit zum vorherigen Antrag auf Mitgliedschaft besteht. Eine solche erhebliche Auswirkung bedürfte einer ausdrücklichen Regelung des Antragserfordernisses. Vielmehr besteht die Familienversicherung, wenn ihre Voraussetzungen vorliegen (u.a. SG Duisburg, Entscheidung vom 18.08.2020 – S 59 KR 1634/19 –; SG Hamburg, Entscheidung vom 12.05.2017 – S 46 KR 1782/16 –; *Felix* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Stand: 23.07.2021, [§ 10 SGB V](#), Rn. 8; *Gerlach* in Hauck/Noftz SGB V, § 10, Rn. 204; *Luthe* in Hauck/Noftz SGB V, § 289, Rn 4; vgl. auch Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen (LSG NRW), Urteil vom 19.01.2006 – [L 5 KR 181/04](#) –, Rn. 34).

Ein Antragserfordernis ergibt sich auch nicht aus [§§ 288, 289 SGB V](#) (BSG, Urteil vom 24.01.2003 – [B 12 KR 19/01 R](#) –, Rn. 61; *Luthe* in Hauck/Noftz § 289 Rn 4 f). Die genannten Normen finden sich im Abschnitt des SGB V zu Erhebung und Speicherung von Daten. Die Regelungen haben somit keine Bedeutung für Leistungsansprüche gegenüber den Krankenversicherungen, sondern enthalten Verpflichtungen und Ermächtigungen der Krankenkassen zur Erhebung und Speicherung von Daten. So verpflichtet [§ 288 SGB V](#) die Krankenversicherung ein Versichertenverzeichnis zu führen, welches auch die Angaben enthält aus denen sich die Versicherung nach [§ 10 SGB V](#) ergibt. [§ 289 SGB V](#) verpflichtet die Krankenkasse die Versicherung nach [§ 10 SGB V](#) festzustellen und ermächtigt sie die entsprechenden Daten bei den Angehörigen von Mitgliedern zu erheben. Sowohl nach der – oben schon ausgeführten – Systematik der Normen als auch nach deren Wortlaut sind in diesen Normen keine über [§ 10 SGB V](#) hinausgehenden Voraussetzungen für den Beginn einer Familienversicherung normiert, sondern nur die Erhebung und Feststellung dieser Voraussetzungen. Insbesondere wird die Feststellung des Beginns der Familienversicherung nach [§ 289 Satz 1 SGB V](#) durch die Krankenversicherung nicht von Angaben des Mitglieds oder des Angehörigen abhängig gemacht. Gemäß [§ 289 Satz 1 SGB V](#) „kann“ die Versicherung notwendige Angaben bei den Mitgliedern und Angehörigen erheben. Liegen die Daten bereits vor, ist die Erhebung nach [§ 289 Satz 1 SGB V](#) nicht nötig.

Da weder eine Anmeldung des Kindes zur Familienversicherung noch ein Antrag notwendig ist, sondern die Familienversicherung besteht, wenn die Voraussetzungen des [§ 10 Abs. 1 bis 3 SGB V](#) vorliegen, bestehen keine Zweifel an der Versicherung der Patientin bei der Beklagten zum Zeitpunkt der Behandlung. Somit steht dem Zahlungsanspruch der Klägerin aus dieser Behandlung nichts entgegen.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 15 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 39 Abs. 1, 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

#### **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 Duisburg, Mülheimer Straße 54, 47057 Duisburg**

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 elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. [§ 65a Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder ([www.justiz.de](http://www.justiz.de)) können nähere Informationen abgerufen werden.

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 Duisburg 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.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zu Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen. Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach [§ 65a Absatz 4 Nummer 2 SGG](#) zur Verfügung steht ([§ 65d SGG](#)).

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-06-07