
Datum: 15.05.2001
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 8. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 8 KR 24/00
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2001:0515:S8KR24.00.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten.

-
- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten um die Bezahlung einer Krankenhausbehandlung. 2
- Der Beigeladene wurde am 18.11.1998 in der Klinik des Klägers aufgenommen. Zwischen dem Kläger und Landesverbänden Nordrhein-Westfälischer Krankenkassen sowie den Ersatzkassen besteht ein Versorgungsvertrag, nach dessen Inhalt die Klinik des Klägers u.a. zugelassen ist, stationäre Krankenhausbehandlung zu erbringen, wobei die Zulassung sich auf 45 Krankenhausbetten für die Behandlung psychosomatisch, psychovegetativer Erkrankungen erstreckt. 3
- Die Beklagte, bei der der Beigeladene krankenversichert ist, bat den Kläger, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz die betreffende Krankenakte zur Prüfung zur Verfügung zu stellen, bevor eine Kostenzusage ausgesprochen werden könne. Der Kläger kam dieser Bitte nicht nach. Eine Kostenübernahme erfolgte daher nicht. 4
- Am 14.02.2000 hat der Kläger Klage erhoben mit dem Begehren, die bis zum 12.02.1999 währende Behandlung des Beigeladenen bezahlt zu bekommen nebst Zinsen. 5

Der Kläger trägt vor, der Beigeladene sei mit vielfachen einschlägigen Diagnosen zu ihm gekommen. Die Beklagte sei angesichts der Tatsache, dass die Behandlung in Nordrhein-Westfalen stattgefunden habe, nicht befugt, den MDK Rheinland-Pfalz einzuschalten.

Der Kläger beantragt, 7

die Beklagte zu verurteilen, die Kosten der Behandlung des Beigeladenen ihm gegenüber für den Zeitraum 18.11.1998 bis 12.02.1999 zzgl. Zinsen nach Maßgabe von § 15 Abs. 1 Satz 4 des Vertrags im Sinne von § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V, zu berechnen seit dem 09.07.1999, zu übernehmen. 8

Die im Termin zur mündlichen Verhandlung und Entscheidung vom 15.05.2001 nicht vertretene Beklagte hat schriftsätzlich beantragt, 9

die Klage abzuweisen. 10

Die Beklagte trägt vor, der MDK sei der medizinische Beratungsdienst für die Versicherten, die Mitglieder der betreffenden Kassen seien. 11

Das Gericht hat den Kläger unter Hinweis auf drohende beweisrechtliche Konsequenzen um Vorlage der entsprechenden Krankenbehandlungsakte gebeten. Eine Übersendung der Akte ist ausgeblieben. 12

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Schriftsätze der Beteiligten und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. 13

Entscheidungsgründe: 14

Die Klage ist zulässig. 15

Es handelt sich um eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit in einer Angelegenheit der Sozialversicherung, für die nach Maßgabe des § 51 Abs. 1 Fall 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet ist. Die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung, auf welche nach § 39 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) ein sozialversicherungsrechtlicher Anspruch der versicherten Mitglieder der Krankenkasse besteht, werden nach Maßgabe von § 112 SGB V in öffentlich-rechtlichen Verträgen geregelt. Diese Verträge ergehen im Gleichordnungsverhältnis mit der Folge, dass bei Streitfällen aus dem Vertrag ein Vorverfahren im Sinne von § 78 SGG nicht durchzuführen ist, sondern unmittelbar Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG erhoben werden kann (vgl. Bundessozialgericht, Entscheidung vom 21.08.1996, Aktenzeichen: 3 RK 2/96). 16

Die Klage ist jedoch unbegründet. 17

Die Kammer vermag keinen Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Übernahme der Kosten der Behandlung des Beigeladenen für den Zeitraum 18.11.1998 bis 12.02.1999 festzustellen. Nach § 14 Abs. 1 Satz 1 des zwischen dem Kläger und Landesverbänden Nordrhein-Westfälischer Krankenkassen sowie den Ersatzkassen bestehenden betreffenden Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wird der zuständigen Krankenkasse nach Beendigung der Krankenhausbehandlung eine Schlußrechnung übersandt. Nach § 15 Abs. 1 Satz 1 des Vertrages hat die Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Die Krankenkasse hat indessen nicht jedwede vom Kläger durchgeführte Krankenhausbehandlung zu bezahlen. Nach § 1 Abs. 2 Satz 1 des Vertrages 18

muss die Krankenhausbehandlung vielmehr ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigem nicht überschreiten. § 3 des Vertrages bestimmt in seinem Satz 1, dass ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse nicht gegeben ist, wenn diese nicht erforderlich ist. Auf Grundlage des § 109 SGB V hat der Kläger mit Landesverbänden Nordrhein-Westfälischer Krankenkassen und mit den Ersatzkassen im übrigen einen Versorgungsvertrag geschlossen. Nach § 1 dieses Vertrages wird die Klinik des Klägers zugelassen, stationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V zu erbringen (Satz 1). Die Zulassung erstreckt sich jedoch nur auf die Behandlung psychosomatischer, psychovegetativer Erkrankungen (Satz 2).

Die Frage, ob die Beklagte den genannten Verträgen, obwohl nicht Vertragspartei, unterworfen ist, kann hier dahingestellt bleiben. Die Kammer vermag jedenfalls nach Lage des aktenkundigen Ermittlungsstandes weder festzustellen, dass das Krankheitsbild des Beigeladenen von dem vertraglichen Versorgungsauftrag des Klägers umfasst wird, noch, dass der Krankenhausaufenthalt des Beigeladenen in dem Streit befangenen Zeitraum überhaupt erforderlich war. Der Umstand der mangelnden Feststellbarkeit der genannten Voraussetzungen geht zu Lasten des Klägers als Anspruchssteller, da gerichtliche Ermittlungen in genannter Hinsicht nicht möglich sind, nachdem der Kläger trotz rechtlichen Hinweises auf die drohenden Folgen dem Gericht die betreffende Behandlungsakte vorenthalten hat. Der Kläger kann aufgrund seines Verhaltens nicht rügen, das Gericht habe den Sachverhalt nicht hinreichend aufgeklärt, (vgl. Meyer-Ladewig, RN 16 zu § 103 SGG). Das Gericht hat Anlass gehabt, wie in der Vielzahl der bei ihm anhängig gemachten Streitverfahren des Klägers um Behandlungskosten geschehen, auch hier ein Sachverständigengutachten einzuholen zur Ermittlung des behandelten Krankheitsbildes und der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Beigeladenen. Anlass hat hier in besonderer Weise bereits deshalb bestanden, weil der Beigeladene unmittelbar vor seiner Aufnahme in der Klinik des Klägers aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I nach einer allgemeinspsychiatrischen Behandlung entlassen worden war und in dem Entlassungsbericht eine stationäre Reha-Maßnahme empfohlen wird, nicht aber ein weiterer Krankenhausaufenthalt. Das Gericht ist darüber hinaus befugt zu unterstellen, dass die ihm vorenthaltenen Ermittlungsergebnisse für den Kläger ungünstig gewesen wären (vgl. Meyer-Ladewig, RN 18 zu § 103 SGG).

19

Die Klage war damit abzuweisen, wobei auch ein Zinsanspruch dem Hauptsacheanspruch folgend nicht in Betracht kommt.

20

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

21