

## L 1 KR 46/00

Land  
Freistaat Sachsen  
Sozialgericht  
Sächsisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Dresden (FSS)  
Aktenzeichen  
S 4 KR 198/99  
Datum  
17.08.2000  
2. Instanz  
Sächsisches LSG  
Aktenzeichen  
L 1 KR 46/00  
Datum  
28.05.2001  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 17. August 2000 wird zurückgewiesen.

II. Die außergerichtlichen Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung der der Klägerin entstandenen Kosten für eine in einem nicht zugelassenen Krankenhaus durchgeführte Schulteroperation (Behandlungs- und Krankenhauskosten).

Die im ... 1946 geborene Klägerin ist von Beruf Schauspielerin. Sie war nach eigenen Angaben bei der Beklagten bis 31. Januar 1999 freiwillig versichert. Im Januar 1998 zog sie sich eine traumatische Schultererstluxation zu, im August 1998 erfolgte eine spontane Rezidivluxation, im November 1998 eine spontane Ruptur der langen Bizepssehne.

Am 30. November 1998 ließ sich die Klägerin von Prof. Dr. ..., Chirurg und Unfallchirurg im Zentrum für Schulter- und Ellenbogenchirurgie/Sporttraumatologie im ATOS Klinikzentrum H ..., ambulant untersuchen. Dieser diagnostizierte eine traumatische vordere untere Schultererstluxation, eine atraumatische Rezidivluxation links sowie eine LBS-Ruptur linke Schulter. Ferner führte er aus, die Klägerin habe berichtet, am 26. November 1998 während einer Darbietung ein Reißen in der linken Schulter verspürt zu haben. Danach sei der äußere Bizepskopf nach unten getreten. Bei ihr bestehe auf Grund der oben genannten Diagnose die Indikation für eine Stabilisierungsoperation und Rekonstruktion der rupturierten langen Bizepssehne, präoperative Anfertigung einer Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter. Hieraus ergäben sich Anhaltspunkte für die operative Vorgehensweise: arthroskopisch ggf. offene Stabilisierung. Ein Termin für einen operativen Eingriff sei mit ihr vereinbart worden. In der Zeit vom 08. Dezember 1998 bis 15. Dezember 1998 befand sich die Klägerin in stationärer Behandlung im Zentrum für Schulter- und Ellenbogenchirurgie/Sporttraumatologie des ATOS Klinikzentrums H ... bei Prof. Dr. H ... Unter dem 09. Dezember 1998 erfolgte eine Operation. Als Diagnose wurde gestellt: Erstes Rezidiv einer traumatischen Schultererstluxation links mit kompletter Zerreißen des Subscapularis und Supraspinatus, Abriß der langen Bizepssehne mit Ruptur des Rotatorenintervalls, Labrumdefekt linke Schulter.

Die ATOS Klinik ist ein nicht zugelassenes Krankenhaus im Sinne des [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Es wird als reine Belegarzt-Klinik geführt. Prof. Dr. H ... ist dort als Belegarzt tätig. Für die stationäre Behandlung in den ATOS Kliniken entstanden der Klägerin nach eigenen Angaben Kosten in Höhe von insgesamt 11.990,53 DM. Vom 15. Dezember 1998 bis 26. Januar 1999 erfolgte eine stationäre Weiterbehandlung der Klägerin in der Rehabilitationsklinik S ..., Fachklinik für Orthopädie, Rheumatologie und Sportrehabilitation.

Mit Schreiben vom 10. März 1999 stellte die Klägerin bei der Beklagten einen Antrag auf Kostenübernahme einer Operation und der sich anschließenden stationären Behandlung. Zur Begründung trug sie vor, ohne schnellstmögliche erfolgversprechende Operation hätte sie ihren Beruf nicht mehr ausüben können. Sie bitte, ihr die Kosten zu erstatten, die auch in einer anderen Klinik bei dieser Operation entstanden wären. Ihr seien in der Rehabilitationsklinik S ... zwei Fälle bekannt geworden, in denen die von Prof. Dr. H ... operierten Patienten von ihren Kassen die Kosten ersetzt bekommen hätten.

Die Beklagte teilte der Klägerin unter dem 25. März 1999 mit, ihre Prüfungen hätten ergeben, dass einerseits die ATOS Klinik in H ... kein zugelassenes Krankenhaus sei und zum anderen Prof. Dr. H ... und Dr. J ... keine Vertragsärzte der Krankenkassen seien. Somit sei die Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung ausgeschlossen. 1998 hätten die gesetzlichen Bestimmungen im Bereich der ärztlichen Behandlung für alle Versicherten die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens zugelassen. Voraussetzung für eine (teilweise)

Zurückerstattung der Kosten sei jedoch die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes. Insofern könnte sie sich auch an den Kosten für die ärztliche Behandlung nicht beteiligen. Die Klägerin habe die Behandlung in Anspruch genommen, ohne vorher die Kostenfrage zu klären. Insoweit sei es ihr verwehrt geblieben, ihr geeignete Vertragsbehandler zu benennen.

Dagegen legte die Klägerin am 15. Juni 1999 "Einspruch" ein, u.a. unter Vorlage von zwei Arztbesuchen einer Röntgenpraxis in Radebeul vom 08. April 1998 und 20. August 1998 sowie eines Befundes der Allgemeinchirurgischen Klinik des Klinikums D ... vom 17. November 1998. Zur Begründung führte sie u.a. aus, alle von ihr auf Grund der Schulterbeschwerden aufgesuchten hiesigen Ärzte hätten nicht gesehen, dass eine "dramatische Zerstörung der Rotatorenmanschette" vorgelegen habe. Erst als die lange Bizepssehne gerissen (am 26. November 1998) und für sie ein zu den bewegungseinschränkenden Beschwerden noch ein hinzukommender optischer Schaden entstanden sei, habe sie sich entschlossen, einen ihr empfohlenen Spezialisten aufzusuchen. Die Bizepssehne wäre nicht gerissen, wenn die Rotatorenmanschette eher rekonstruiert worden wäre.

Am 10. September 1999 erließ die Beklagte einen ablehnenden Widerspruchsbescheid. Das von der Klägerin in Anspruch genommene ATOS Zentrum für Schulter- und Ellenbogenchirurgie sei kein Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen. Eine Kostenübernahme bzw. Beteiligung an den entstandenen Aufwendungen sei leider nicht gestattet. Eine Kostenerstattung könne nur dann vorgenommen werden, wenn Vertragsärzte oder zugelassene Leistungserbringer aufgesucht worden seien. Da es sich bei den Ärzten Prof. Dr. H ... und Dr. J ... um keine Vertragsärzte handele, sei auch eine Beteiligung an den außerhalb der stationären Behandlung entstandenen Aufwendungen ausgeschlossen. Dies gelte auch für die durch diese Ärzte veranlaßten Weiterbehandlungen oder Laboruntersuchungen. Die Klägerin habe die Behandlung bereits vor der Antragstellung begonnen. Es dürfe jedoch der Entscheidung der Krankenkasse nicht dadurch vorgegriffen werden, dass die erstrebte Behandlung durchgeführt und die genannte Prüfung auf das Verfahren der Kostenerstattung verlagert werde. Schon im Interesse einer Gleichbehandlung aller Versicherten sei es nicht möglich, dass sie sich an den entstandenen Aufwendungen beteilige. Das von ihr beschriebene Ermessen habe sie nicht.

Die Klägerin hat am 13. September 1999 zur Niederschrift beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage erhoben.

Im erstinstanzlichen Verfahren hat die Klägerin vorgetragen, während der Zeit von fast einem Jahr habe kein hiesiger Arzt gesehen, dass infolge des Treppensturzes am 19. Januar 1998 eine "dramatische Zerstörung der Rotatorenmanschette" vorgelegen habe. Der Tiefpunkt ihrer daraus resultierenden fortschreitenden Bewegungseinschränkung des linken Armes und der daraus erwachsenden mehrfachen Arbeitsunfähigkeit sei die Ruptur der langen Bizepssehne während einer Vorstellung am 26. November 1998 gewesen. Soweit wäre es nicht gekommen, wenn sie eher operiert, also die defekte Rotatorenmanschette eher rekonstruiert worden wäre. Einen Tag nach Abriß der Bizepssehne habe ihr der sie behandelnde Orthopäde von einer Rekonstruktion der Bizepssehne abgeraten. Aus Angst vor bleibender Arbeitsunfähigkeit - sie habe inzwischen ihren Arm gar nicht mehr anheben können, als Schauspielerin brauche sie die Beweglichkeit ihres Körpers - sei sie auf Anraten eines Bekannten am 30. November 1998 zu dem bundesweit für seine erfolgreichen Operationen bekannten Spezialisten Prof. Dr. H ... gefahren. Dieser habe sie seit elf Monaten als erster Arzt über den Defekt der Rotatorenmanschette und die für die Wiedererlangung ihrer Arbeitsfähigkeit unbedingte Notwendigkeit einer Operation aufgeklärt. Diese habe er ihr trotz übervollen OP-Planes wegen der Dringlichkeit für den 09. Dezember 1998 ermöglicht. In der ihr verbleibenden Woche vom 01. Dezember bis 07. Dezember 1998 habe sie neben der psychischen Verarbeitung des plötzlichen OP-Termines eine mehrtägige Fernsehserie zu bewältigen gehabt, dazu noch Proben und fünf Vorstellungen, die sie mit Schmerzen - den Arm in der Schlinge tragend - gespielt habe. Dies sei der Grund dafür, dass sie sich nicht um die gesetzliche Verfahrensweise einer Kostenerstattung habe kümmern können.

Auf die mündliche Verhandlung vom 17. August 2000 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Ersatz der Aufwendungen, die ihr im Rahmen der Schulter-Operation in der ATOS Klinik und im Rahmen der Behandlung durch Prof. Dr. H ... entstanden seien. Eine entsprechende Anspruchsgrundlage sei nicht gegeben. Die Klägerin habe keinen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#), da Prof. Dr. H ... im Zeitpunkt der Behandlung nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen gewesen sei und es sich bei der ATOS Klinik um kein zugelassenes Krankenhaus im Sinne von [§ 108 SGB V](#) handele. Daher könnten auch die Kosten für die Behandlungen nicht geltend gemacht werden, die zwar nicht nur durch Prof. Dr. H ... selbst durchgeführt worden seien, aber auf dessen Anweisung und im Rahmen seiner Behandlung. Die Klägerin könne auch keine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Anspruch nehmen. Erst mit Schriftsatz vom 10. März 1999 habe sich die Klägerin an die Beklagte gewandt und die Erstattung der aufgewendeten Kosten beantragt. Eine ablehnende Entscheidung sei erst am 25. März 1999 ergangen. Bei dieser Sachlage fehle es an dem erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen Leistungsverweigerung und Kostenentscheidung. Dies gelte auch für die Kosten, die durch die Behandlung durch Prof. Dr. H ... nach dem 25. März 1999 entstanden seien. Hierbei handele es sich nur um die Fortführung der bereits vor der Ablehnung begonnenen Behandlung. Der erforderliche Antrag habe aber gerade bei Beginn einer Behandlung vorliegen müssen, um der Krankenkasse die Prüfung zu ermöglichen, ob die beanspruchte Leistung vom Sachleistungsanspruch des Versicherten umfasst sei und welche Möglichkeiten der Realisierung des Anspruchs das bereitstehende Versorgungssystem biete. Nach Auffassung der Kammer habe auch die Schwere der Verletzung eine Antragstellung zugelassen. Die berufliche Belastung könne keine Berücksichtigung finden. Die Klägerin hätte einen entsprechenden Antrag mündlich bei einer der Regionalgeschäftsstellen der Beklagten in Dresden oder telefonisch stellen können. Die in Anspruch genommene Leistung in Form der Schulter-Operation sei auch nicht unaufschiebbar gewesen. Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Notfalles lägen nach Auffassung der Kammer nicht vor. Dies folge schon daraus, dass die Klägerin, wenn auch unter Schmerzen, nach der Bizepsruptur weiterhin beruflich tätig gewesen sei. Nach entsprechender Verordnung wäre es ihr unbenommen gewesen, zunächst einen Vertragsarzt etwa in der Universitätsklinik Dresden aufzusuchen, um sich dort behandeln zu lassen. Sie habe sich vielmehr aus freien Stücken einem Nicht-Kassenarzt zugewandt, offensichtlich in der Hoffnung, eines besseren Behandlungserfolges, ohne den Versuch gemacht zu haben, mit Hilfe der Beklagten eine erfolgversprechende Behandlung zu erreichen. Es sei auch nicht ersichtlich, dass die unstreitig notwendige Sachleistung in Form der Schulteroperation überhaupt nicht durch die Beklagte zur Verfügung habe gestellt werden können. Die Rotatorenmanschetten- und die Bizepsruptur seien nach Auffassung der Kammer keine derart ungewöhnlichen Erkrankungen, die nicht entsprechend von Kassenärzten behandelt werden könnten.

Gegen das der Klägerin am 22. September 2000 zugestellte Urteil hat sie am 20. Oktober 2000 beim SG Berufung eingelegt.

Die Klägerin trägt vor, sie habe sich nicht aus freien Stücken einem Nicht-Kassenarzt zugewandt, sondern kurzfristig aus höchster Not (nach der zu den schon vorhandenen Verletzungen noch hinzugekommenen Ruptur der langen Bizepssehne) Hilfe bei einem kompetenten, durch seine erfolgreichen Schulter-Behandlungen bekannten Schulter-Spezialisten gesucht, nachdem der sie in Dresden behandelnde Orthopäde

ihr nicht weiterhelfen können. Auch von der Universitätsklinik D ... habe sie eine Fehleinschätzung des Verletzungsgrades ihrer Schulter vorliegen. Anhand dieser Fehldiagnosen sei auch zu ersehen, dass es sich um eine sehr komplizierte "ungewöhnliche Verletzung gehandelt habe", was auch in dem Schreiben des Stationsarztes von Prof. Dr. H ... vom 28. Januar 1999 an die gesetzliche Krankenversicherung zum Ausdruck gekommen sei. Sie habe sofort während der sechswöchigen Anschlussheilbehandlung in der Reha-Klinik S ... die Beklagte angerufen und ihre Lage geschildert. Dort habe man ihr unter Vorbehalt hinsichtlich einer Erstattung geraten, alle Unterlagen in der Regionalgeschäftsstelle Weißig einzureichen. Dies habe sie am 10. März 1999 getan.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 17. August 2000 und den Bescheid der Beklagten vom 25. März 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. September 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die während ihrer Behandlung im ATOS-Klinikzentrum H ... entstandenen Kosten in Höhe von 11.990,53 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, bei der ATOS Praxisklinik handele es sich nicht um eine Einrichtung nach [§ 108 SGB V](#). Sie könne deshalb die Kosten für einen stationären Aufenthalt in der Einrichtung nicht übernehmen oder sich daran beteiligen. Darüber hinaus habe die Klägerin den Antrag auf Kostenübernahme gestellt, als die Behandlung bereits abgeschlossen gewesen sei. Von der Klägerin sei lediglich angestrebt worden, eine bestimmte Behandlung bei einem bestimmten Arzt durchführen zu lassen. Ein Notfall habe somit nicht vorgelegen. Sie habe sich bereits am 30. November 1998 an Prof. Dr. H ... gewandt, die stationäre Behandlung sei erst am 08. Dezember 1998 begonnen worden. Es wäre möglich gewesen, dass sich die Klägerin zumindest nach der erfolgten Voruntersuchung an sie gewandt und sie unter Angabe des geplanten Operationstermins zu Vertragseinrichtungen befragt hätte, in denen Maßnahmen zur Behandlung ihrer Erkrankung ebenfalls hätten vorgenommen werden können.

Das Landessozialgericht hat eine Auskunft von der ATOS Praxisklinik H ... eingeholt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Rechtsanspruch auf Erstattung der ihr während ihrer Behandlung im ATOS Klinikzentrum H ... entstandenen Kosten in Höhe von 11.990,53 DM. Der Bescheid der Beklagten vom 25. März 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. September 1999 ist rechtmäßig.

Der von der Klägerin erhobene Kostenerstattungsanspruch besteht schon deshalb nicht, weil die Versicherte versäumt hat, überhaupt rechtzeitig bei der Beklagten einen Leistungsantrag hinsichtlich der Behandlung im ATOS Klinikzentrum H ... zu stellen (vgl. [§ 19 Satz 1](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IV]). Die Klägerin hat die ambulante Untersuchung bei Prof. Dr. H ... am 30. November 1998 durchführen lassen, vom 08. Dezember bis 15. Dezember 1998 befand sie sich in stationärer Behandlung im ATOS Klinikzentrum H ..., einen Antrag auf Kostenübernahme hat sie bei der Beklagten jedoch erst mit Schreiben vom 10. März 1999 gestellt. Ausweislich eines Rechnungsduplikates vom 29. April 1999 erfolgten Beratungen und Untersuchungen von Prof. Dr. H ... zu dem auch unter dem 31. März und 12. April 1999.

Nichts anderes ergibt sich zudem daraus, dass sich die Klägerin im ATOS Klinikzentrum H ... von Prof. Dr. H ... einer privatärztlichen Behandlung unterzogen hat. Sowohl Prof. Dr. H ... als auch die ATOS Praxisklinik H ... ermangelt es am Zulassungsstatus, hilfsweise einer Ermächtigung oder auch einer versorgungsvertraglichen Bindung im Sinne der [§§ 108, 109 SGB V](#). Sie zählen nicht zum Kreis der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer. Hierfür hat die gesetzliche Krankenversicherung und damit auch die Beklagte nicht einzustehen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung herrscht das Sachleistungsprinzip. Dieses besagt, dass sächliche Mittel und persönlichen Dienste von der Krankenkasse beschafft und ihren Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots in Natur zur Verfügung gestellt werden, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden können. Hierüber schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern, [§ 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 SGB V](#). Der Versicherte muss sich daher die Leistung nicht selbst verschaffen und vorfinanzieren, so dass er von mangelnder medizinischer Versorgung wegen zu hoher finanzieller Belastung geschützt ist (vgl. BSG SozR 2200 § 182 Nr. 74). Nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse an Stelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses Buch vorsieht.

Dieser gesetzliche Anspruch auf Dienst- oder Sachleistung nach Abs. 1 setzt daher in der Regel voraus, dass an einer vertragsärztlichen/zahnärztlichen Versorgung Teilnehmender, das vorgesehene Zulassungsverfahren durchlaufener Leistungserbringer pflichtgemäß den Eintritt des Versicherungsfalles durch Diagnose oder Krankheit festgestellt und eine nach Zweck oder Art bestimmte Leistung verordnet, wobei es für inländische Behandlungen auf die Zulassung der Leistungserbringer ankommt (vgl. Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung - Kommentar, [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 5 m.w.N.). Wie dargelegt, liegt eine Zulassung weder für Prof. Dr. H ... noch für die ATOS Praxisklinik H ... vor.

Nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) ist eine Kostenerstattung nur in den im SGB V ausdrücklich aufgezählten Ausnahmefällen zulässig. In Betracht kommen hier jedoch allein Ansprüche nach [§ 13 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V](#).

Nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) ist Voraussetzung für die Kostenerstattung die Inanspruchnahme eines im Zeitpunkt der Behandlung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringers ([BSGE 76, 101](#)). Dies ist jedoch weder bei Prof. Dr. H ... noch bei ATOS Kliniken H ... der Fall.

Ebenso wenig ergibt sich ein Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Die Vorschrift hat folgenden Inhalt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 2](#) 1. Alternative SGB V liegt hier indes nicht vor. Ob eine Leistung unaufschiebbar im Sinne des [§ 13 Abs. 2](#) 1. Alternative SGB V ist, und damit eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht, beurteilt sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien. Der übliche Beschaffungsweg muss daher mit einer für den Berechtigten unvermeidbaren Verzögerung, d.h. mit medizinischen Risiken, nicht aber unbedingt Lebensgefahr verbunden sein, der die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnte oder der für den Versicherten nicht zumutbar ist (vgl. [BSGE 77, 227](#)). Hierbei kommt es ausschließlich auf die objektive Bedarfssituation, jedoch nicht private Disposition des Versicherten oder termingebundene Zusagen des Leistungserbringers an (Krauskopf, a.a.O., [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 25). Neben Notfällen, insbesondere dringender Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt oder die Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#)), kommen alle anderen etwa durch Systemstörung, Versorgungslücken oder höhere Gewalt hervorgerufenen dringenden Bedarfslagen in Frage (Krauskopf, a.a.O., [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 25). Dabei dürfen nicht zugelassene Ärzte nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Ein derartiger Notfall liegt vor, wenn - aus der Sicht des betroffenen Versicherten - eine solche bedrohliche Erkrankung vorliegt, bei der nur noch sofortige ärztliche Behandlung Hilfe bringen kann und bei der dem Versicherten unter Berücksichtigung aller Umstände die Inanspruchnahme eines Kassenarztes an Stelle eines (erreichbaren) Nichtkassenarztes nicht zuzumuten ist ([BSGE 19, 270; 34, 172](#)).

Nach Überzeugung des Senats liegt hier jedoch weder ein Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) noch eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 2](#) 1. Alternative SGB V vor.

Nach dem eigenen Vortrag der Klägerin erfolgte am 26. November 1998 während einer Vorstellung eine Ruptur der langen Bizepssehne. Am nächsten Tag habe sie sich beim Orthopäden in Dresden vorgestellt, der ihr nicht weiterhelfen können. Daraufhin habe sie am 30. November 1998 Prof. Dr. H ... in H ... konsultiert.

Ausweislich des Befundberichtes von Prof. Dr. H ... vom 04. Dezember 1998 wurde ein Termin für den operativen Eingriff mit ihr vereinbart, die stationäre Behandlung erfolgte vom 08. Dezember bis 15. Dezember 1998. In der Zeit von der ambulanten Untersuchung bei Prof. Dr. H ... bis zum Beginn der stationären Behandlung ist die Klägerin nach eigenen Angaben ihren beruflichen Verpflichtungen nachgegangen. Anhaltspunkte dafür, dass eine sofortige Operation im Sinne einer Notfallindikation erforderlich gewesen wäre, lassen sich aus den vorhandenen Unterlagen nicht entnehmen. Der Klägerin war es unbenommen, bei Unzufriedenheit mit der Behandlung des Orthopäden, den sie in Dresden konsultiert hatte, einen anderen Vertragsarzt aufzusuchen oder sich bei der Beklagten nach einem entsprechenden Spezialisten zu erkundigen. Gleichermassen hätte sich die Klägerin nach Durchführung der ambulanten Untersuchung bei Prof. Dr. H ... am 30. November 1998 verhalten können. Es ist nicht ersichtlich, warum die Klägerin im Zeitraum vom 30. November 1998 bis zum Beginn der stationären Behandlung am 08. Dezember 1998 noch nicht einmal die Zeit gefunden haben will, mit der Beklagten zumindest im Rahmen eines Telefongesprächs einen entsprechenden Antrag auf Kostenübernahme zu stellen bzw. sich nach einem im Bundesgebiet tätigen Spezialisten, der zugleich Vertragsarzt ist, zu erkundigen. Der Grund, warum dies nicht geschehen ist, ist offensichtlich darin begründet, dass die Klägerin nach dem Befundbericht vom 04. Dezember 1998 im Zuge der ambulanten Untersuchung bei Prof. Dr. H ... gleich einen Termin für den operativen Eingriff vereinbart hat, weil sie allein von diesem operiert werden wollte.

Ein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3](#) 2. Alternative SGB V scheidet ebenfalls aus. Eine unrechtmäßige Leistungsablehnung in diesem Sinne liegt nicht vor. Dieser Erstattungsanspruch betrifft nur Kosten, die erst nach Ablehnung durch die Krankenkasse entstanden sein dürfen (BSG [SozR 3-2500 § 31 Nr. 15 = NZS 1997, 569](#)). Die von der Klägerin geltend gemachten Kosten sind jedoch vor Ablehnung der Kostenübernahme durch die Beklagte mit Bescheid vom 25. März 1999 entstanden.

Nach alledem hatte die Berufung keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Abs. 2 SGG).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-10