L 20 KR 256/18

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Würzburg (FSB)
Aktenzeichen
S 17 KR 584/15
Datum
19.01.2018
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 20 KR 256/18
Datum
07.09.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Der für einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V erforderliche Zusammenhang von Systemversagen (hier: rechtswidrige Leistungsablehnung) und durch die Selbstbeschaffung entstandener Kostenlast des Versicherten ist im Vollbeweis nachzuweisen. Ein Anlass für eine Absenkung des Beweismaßstabs auf den der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit besteht nicht. 2. Eine Absenkung des Regelbeweismaßstabs des Vollbeweises auf den Beweismaßstab der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit bei Zusammenhangs-/Kausalitätsfragen kommt nur dann in Betracht, wenn die Beurteilung der Kausalitätsfrage von der Beantwortung naturwissenschaftlich-medizinischer Fragen mit den dabei enthaltenen, aufgrund der wesensimmanent begrenzten Erkenntnismöglichkeiten dieser Wissenschaften letztlich nicht endgültig aufklärbaren Unsicherheiten abhängt.

I. Auf die Berufung der Beklagten hin wird das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 19.01.2018 in Ziff. I, II und IV aufgehoben.

II. Die Klage gegen den Bescheid vom 14.07.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.11.2015 und auf Kostenerstattung für die am 21.07.2015 durchgeführte Schlauchmagenoperation in Höhe von 9.443,84 € wird abgewiesen.

III. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

T a t b e s t a n d :

Streitig ist, ob die Beklagte der Klägerin die Kosten für eine bariatische Operation zu erstatten hat.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte (im Folgenden: Klägerin) ist im Jahr 1990 geboren; sie ist bei der Beklagten und Berufungsklägerin (im Folgenden: Beklagte) krankenversichert.

Mit Schreiben vom 20.06.2015, bei der Beklagten eingegangen am 03.07.2015, beantragte die Klägerin zur Behandlung ihrer Adipositas (125 kg bei einer Körpergröße von 1,66 m) eine adipositaschirurgische Operation. Beigelegt waren dem Antrag
* ein Arztbrief des Leiters des Adipositaszentrums des Klinikums D-Stadt vom 03.07.2015 zu einer Untersuchung und Beratung der Klägerin am 25.06.2015 (Bei der Klägerin liege ein BMI von 46 kg/m² vor. Die konservativen Maßnahmen seien erschöpft. Es besteht die Indikation zur bariatrischen Operation. Mit der Klägerin seien ausführlich die verschiedenen operativen Verfahren besprochen worden; gemeinsam habe man sich für die Sleeve Gastrektomie (Schlauchmagenoperation) entschieden.),
* eine Patienteninformation des Klinikums D-Stadt zur Sleeve Gastrektomie, mit der handschriftlichen Anmerkung "T: 21.07.15",
* ein Attest des Allgemeinarztes H vom 31.05.2015, in dem dieser einen bariatrischen Eingriff empfahl, und
* ein Attest des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie W vom 23.06.2015, wonach die von der Klägerin angestrebte operative Behandlung mittels Magenbands aus psychiatrischer Sicht aufgrund des Leidensdrucks durchaus gerechtfertigt sei.

Der von der Beklagten befragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) sah die Voraussetzungen für eine Schlauchmagenoperation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung als nicht gegeben an, weil ein multimodales Therapiekonzept nicht durchgeführt worden sei.

Mit Bescheid vom 14.07.2015 lehnte die Beklagte, gestützt auf die Stellungnahme des MDK, den Antrag der Klägerin ab.

Dagegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 30.07.2015 Widerspruch, gestützt auf eine Stellungnahme des Leiters des Adipositaszentrums des Klinikums D-Stadt vom 25.07.2015, wonach eine multimodale Intervention keine Aussicht auf Erfolg habe.

Nach erneuter Befassung des MDK wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 05.11.2015 den Widerspruch zurück.

Am 03.12.2015 hat die Klägerin durch ihre Bevollmächtigten Klage zum Sozialgericht (SG) Würzburg erhoben.

Zur Begründung der Klage wurde mit anwaltlichem Schriftsatz vom 08.01.2016 vorgetragen, dass die Schlauchmagenoperation die medizinisch letzte Möglichkeit (ultima ratio) darstelle, um die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klägerin zu beseitigen, und es bei einem BMI von 53 kg/m² medizinisch praktisch unmöglich sei, allein durch konservative Maßnahmen eine ausreichend große Gewichtsreduktion zu erreichen.

Das SG hat beim Klinikum D-Stadt die Patientenakte der Klägerin angefordert. Der darin enthaltene Behandlungsvertrag über die Schlauchmagenoperation ist auf den 20.07.2015 datiert.

Nach gerichtlicher Aufforderung haben die Bevollmächtigten der Klägerin mit Schriftsatz vom 12.04.2016 die Rechnung des Klinikums D-Stadt vom 04.08.2015 über den stationären Aufenthalt vom 20. bis 25.07.2015 mit Schlauchmagenoperation (Rechnungsbetrag: 9.443,84 €; Anzahlung in Höhe des Rechnungsbetrags am 08.07.2015) sowie den zugehörigen Überweisungsauftrag vom 07.07.2015 samt Kontoauszug übersandt.

Mit Schriftsatz vom 20.07.2016 teilten die Bevollmächtigten der Klägerin mit, dass die Schlauchmagenoperation nur zu einer teilweisen Gewichtsreduktion (auf 105 kg; BMI 36,6 kg/m²) geführt habe, sodass am 10.05.2016 der Schlauchmagen in einen Omega Loop Bypass operativ habe umgewandelt werden müssen. Es bleibe abzuwarten, ob die Beklagte auch diesbezüglich eine Kostenübernahme ablehne.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 28.07.2016 darauf hingewiesen, dass ihr bislang weder bekannt gewesen sei, dass die Schlauchmagenoperation bereits am 21.07.2015 vorgenommen worden sei, noch, dass der Schlauchmagen am 10.05.2016 in einen Omega Loop Bypass umgewandelt worden sei. Ein diesbezüglicher Kostenübernahmeantrag liege der Beklagten nicht vor. Eine nachträgliche Kostenerstattung sei wegen Nichteinhaltens des Beschaffungsweges abzulehnen.

Die Bevollmächtigten der Klägerin haben dem mit Schriftsatz vom 26.08.2016 entgegengehalten, dass es sich bei der Umwandlung des Schlauchmagens am 10.05.2016 in einen Omega Loop Bypass um eine Folgeoperation der überwiegend fehlgeschlagenen Schlauchmagenoperation vom 21.07.2015 gehandelt habe. Ein nochmaliger Kostenerstattungsantrag sei von daher nicht notwendig gewesen. Es werde die Klage dahingehend erweitert, dass die Beklagte auch die Kosten für die Umwandlungsoperation in Höhe von 9.443,84 € zu erstatten habe.

Im Gutachten vom 06.11.2017 ist der vom SG beauftragte Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie, Sozialmedizin, R zu der Einschätzung gekommen, dass zwar die Schlauchmagenoperation, nicht aber die Umwandlung des Schlauchmagens in einen Omega Loop Bypass medizinisch notwendig gewesen sei.

Die Beklagte hat der Einschätzung des Gutachters mit Schriftsatz vom 23.11.2017 widersprochen.

Mit Urteil vom 19.01.2018 hat das SG den Bescheid vom 14.07.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.11.2015 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin die Kosten für die am 21.07.2015 durchgeführte Schlauchmagenoperation in Höhe von 9.443,84 € zu erstatten. Im Übrigen hat das SG die Klage als unbegründet abgewiesen. Begründet hat das SG seine Entscheidung wie folgt: Hinsichtlich der Schlauchmagenoperation habe die Klägerin einen Kostenerstattungsanspruch. Diese Operation sei medizinisch notwendig gewesen, wie sich aus dem gerichtlichen Gutachten ergebe. Einer Kostenerstattung stehe unter dem Gesichtspunkt der Kausalität zwischen bescheidmäßiger Ablehnung und Selbstbeschaffung (Beschaffungsweg) nicht entgegen, dass die Klägerin am 07.07.2015 den Betrag in Höhe von 9.443,84 € als Vorauszahlung an das Klinikum D-Stadt überwiesen habe. Die Klägerin habe vor der Ablehnung durch die Beklagte keinen Behandlungsvertrag mit dem Klinikum unterschrieben, sondern erst am 20.07.2015. Die Klägerin hätte vor dem 20.07.2015 jederzeit die Operation absagen und die Vorauszahlung zurückfordern können. Eine verbindliche Vorfestlegung der Klägerin vor der Ablehnung habe somit nicht bestanden.
Einen Anspruch auf Kostenerstattung für die Umwandlungsoperation (Omega Loop Bypass) vom 10.05.2016 habe die Klägerin hingegen nicht.

Der Beklagten ist das Urteil am 23.04.2018 zugestellt worden.

Mit Eingang beim Bayer. Landessozialgericht (LSG) am 23.05.2018 hat die Beklagte Berufung eingelegt.

Begründet hat die Beklagte ihre Berufung mit Schriftsatz vom 12.07.2018 zum einen damit, dass es vorliegend an der Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmethoden fehle. Es liege auch kein Ausnahmefall vor, der die Durchführung einer konservativen Therapie entbehrlich machen würde. Zum anderen habe das SG verkannt, dass der Beschaffungsweg nicht eingehalten worden sei. Dass vorliegend der Beschaffungsweg nicht eingehalten worden sei, ergebe sich schon daraus, dass die Klägerin, noch bevor der Antrag abgelehnt worden sei, die Kosten für die Operation an das Klinikum überwiesen habe. Denn der Beschaffungsweg sei bereits dann nicht eingehalten, wenn augenscheinlich werde, dass sich ein Versicherter noch vor Ablehnung bereits auf eine Behandlung festgelegt habe. Dadurch, dass die Klägerin die Kosten vorab überwiesen habe, habe sie sich unzweifelhaft für die konkrete Behandlung entschieden. Die Ablehnung durch die Beklagte könne vor diesem Hintergrund nicht als Ursache der Selbstbeschaffung gesehen werden.

Mit Schriftsatz vom 17.10.2018 haben die Klägerbevollmächtigten Anschlussberufung mit dem Ziel auch einer Kostenerstattung für die am 10.05.2016 erfolgte Omega Loop Bypass-Operation in Höhe von weiteren 9.443,84 € eingelegt. Der Berufungsbegründung der Beklagten haben sie entgegengehalten, dass die Vorauszahlung der Klägerin am 07.07.2015 der erforderlichen Kausalität zwischen bescheidmäßiger Ablehnung und Selbstbeschaffung nicht entgegenstehe. Die Klägerin habe vor der Ablehnung keinen Behandlungsvertrag mit dem Klinikum D-Stadt unterschrieben, sondern erst am 20.07.2015. Vorher habe lediglich eine Patienteninformation des Klinikums vorgelegen. Die Klägerin hätte also vor dem 20.07.2015 die Operation jederzeit absagen und die Vorauszahlung zurückfordern können. Eine verbindliche Vorfestlegung der Klägerin habe somit vor Ablehnung nicht bestanden.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 14.01.2019 zur Einhaltung des Beschaffungsweges vorgetragen, dass es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) für eine Nichteinhaltung des Beschaffungsweges bereits ausreiche, wenn sich der Versicherte auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung festgelegt habe, wobei dabei das gesamte Verhalten zu berücksichtigen sei, wie etwa das Vereinbaren eines Operationstermins. Selbstverständlich wäre es möglich gewesen, den Termin abzusagen und die Anzahlung zurückzufordern. Darauf komme es nach Ansicht des BSG indes nicht an. Es sei ausreichend, wenn schon Vorkehrungen für eine bestimmte Leistung getroffen worden seien, wie dies bei der Klägerin mit der Anzahlung der Fall gewesen sei. Im Übrigen hat die Beklagte zur Frage der Indikation einer operativen Behandlung darauf hingewiesen, dass die Klägerin unter psychischen Problemen gelitten habe und insofern im Rahmen eines multimodalen Konzeptes eine diesbezügliche Therapie hätte erfolgen können.

Am 07.07.2021 hat ein Erörterungstermin stattgefunden. Dort hat die Klägerin auf Nachfrage angegeben, dass sie mit der Anzahlung am 07.07.2015 den Operationstermin gesichert habe; der Operationstermin (21.07.2015) habe dabei bereits festgestanden. Auf Nachfrage ihres Bevollmächtigten hat die Klägerin dann angegeben, dass sie sich wegen des Operationstermins nicht ganz sicher sei, sie denke aber, dass dies so gewesen sei. Die Angelegenheit liege bereits viele Jahre zurück. Die Klägerin ist vom Vorsitzenden darauf hingewiesen worden, dass bei den von ihr am 03.07.2015 eingereichten Unterlagen auch eine Patienteninformation des Klinikums D-Stadt gewesen sei, auf der handschriftlich vermerkt sei: "T 21.07.2015". Auf die Nachfrage des Vorsitzenden, ob bei der Beantragung der Operationstermin bereits festgestanden habe, hat die Klägerin erwidert, dass sie sich daran nicht erinnern könne; alles liege schon lange zurück. Weiter hat die Klägerin auf Nachfrage angegeben, dass sie nichts dazu sagen könne, wann sie sich zur Operation entschlossen habe, da das Ganze schon lange zurückliege.

Im Nachgang zum Erörterungstermin haben die Bevollmächtigten der Klägerin mit Schriftsatz vom 21.07.2021 Folgendes mitgeteilt: Die Klägerin habe im Erörterungstermin zu Recht angegeben, dass sie sich wegen des langen Zeitablaufs nicht mehr daran erinnern könne, ob sie sich vor Ablehnung ihres Antrags auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse bereits für die Operation endgültig entschieden habe. Im Nachgang sei der Klägerin eingefallen, dass ihre Mutter, Frau F, ihr zu den Kosten in Höhe von 9.443,84 € seinerzeit einen Betrag in Höhe von 5.000,- € leihweise zugesteuert habe. Nach Rücksprache könne die Klägerin dank ihrer Mutter den Geschehensablauf wie folgt rekonstruieren: Bei ihrer Erstberatung am 25.06.2015 sei ihr vom behandelnden Arzt mitgeteilt worden, dass für die Operation (Schlauchmagen) erforderlich sei, entweder einen Betrag in Höhe von 9.443,84 € zu zahlen oder eine Kostenübernahmebestätigung durch die zuständige Krankenkasse vorzulegen. "Um jedoch noch im Jahr 2015 einen Operationstermin zu sichern, wäre es ratsam, erst einmal zeitnah diese 9.443,84 € zu zahlen," so der Bevollmächtigte zu den Angaben des Arztes. Die Klägerin werde - so der Arzt - in ihrem besonderen Fall diese Kosten ohnehin von der zuständigen Krankenkasse erstattet bekommen. Dies habe die Klägerin ihrer Mutter mitgeteilt und sich von ihr den fehlenden Betrag in Höhe von 5.000,- € mit der Maßgabe geliehen, dass im Falle der Kostenübernahme durch die Beklagte ihre Mutter von ihr das Geld zurückerhalte. Bis dahin sei für sie auch klar gewesen, die Operation abzusagen, wenn die Kostenübernahme durch die Beklagte abgelehnt werden sollte, um ihrer Mutter auch in diesem Fall das Geld zurückzahlen zu können. So sei es ihr möglich gewesen, sich durch die Überweisung am 07.07.2015 auf Anraten des Klinikums D-Stadt einen zu dieser Zeit noch nicht näher bestimmten Operationstermin für das Jahr 2015 vorläufig zu sichern. Nach Ablehnung mit Bescheid vom 14.07.2015 habe die Klägerin beabsichtigt, die Operation nicht durchführen zu lassen, um in der Lage zu sein, die geliehenen 5.000,- € an die Mutter zurückzahlen zu können. Dies habe die Klägerin mit ihrer Mutter besprochen und ihr sinngemäß mitgeteilt, dass sie vorhabe, die Sache "abzublasen", damit sie ihr das geliehene Geld zurückzahlen könne. Die Mutter habe jedoch ein Einsehen mit ihrer Tochter aufgrund deren massiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen gehabt und ihr mitgeteilt, dass sie wegen der Absage durch die Krankenkasse den geliehenen Betrag behalten dürfe, um sich doch noch operieren lassen zu können. Erst daraufhin habe sich die Klägerin am 20.07.2015 im Klinikum D-Stadt entschlossen, den Behandlungsvertrag zu unterschreiben, um sich operieren zu lassen. Somit stehe fest, dass die Klägerin den endgültigen Entschluss, sich operieren zu lassen, erst nach der Ablehnung durch die Beklagte und somit kurz vor der Unterschrift unter den Behandlungsvertrag gefasst habe.

Anschließend hat der Berichterstatter des Senats, veranlasst durch das klägerische Schreiben vom 21.07.2021, dem behandelnden Arzt M im Klinikum D-Stadt mit Schreiben vom 26.07.2021 mehrere Fragen gestellt.

M hat dazu mit Schreiben vom 27.07.2021 Folgendes mitgeteilt: Erstmalig sei die Klägerin am 25.06.2015 in der Klinik vorstellig geworden. Wann und wie der Operationstermin vereinbart worden sei, könne nicht mehr rekonstruiert werden. Wie lange üblicherweise die Wartezeit zwischen Vorstellung eines Patienten in der Klinik und Operationstermin im Jahr 2015 gewesen sei, könne rückwirkend nicht mehr beantwortet werden. Auf die Frage, ob er sich erinnern könne, der Klägerin gegenüber bei der Vorstellung am 25.06.2015 eine Aussage zur Wartezeit für einen Operationstermin getroffen zu haben, hat M geantwortet, dass er sich hieran nicht erinnern könne. Wenn eine Aussage zu Wartezeiten gemacht worden sei, habe es sich um die rechtlich vorgegebene Frist von sechs Wochen gehandelt. Eine Aussage dazu, wie lange der übliche zeitliche Abstand zwischen Vorauszahlung der Operationskosten bzw. Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse und Operationstermin im Jahr 2015 gewesen sei, sei nicht möglich; Selbstzahler-Operationen seien nur in Ausnahmefällen durchgeführt worden. Daran, ob er der Klägerin bei der Vorstellung am 25.06.2015 die Auskunft gegeben habe, dass es für die Vereinbarung eines Operationstermins nötig sei, entweder den Betrag in Höhe von 9.443,84 € für die Operation zu zahlen oder eine Kostenübernahmebestätigung der Krankenkasse vorzulegen, könne er sich nicht erinnern. Die Klinik führe normalerweise fast ausschließlich Operationen durch, die durch die gesetzliche oder private Krankenkasse gedeckt seien. Falls in Einzelfällen von Selbstzahlern eine Operation gewünscht werde, müsse hierfür eine Vorauszahlung geleistet werden. Die Frage, ob er der Klägerin bei der Vorstellung am 25.06.2015 die Auskunft gegeben habe, dass es ratsam sei, den Betrag von 9.443,84 € für die Operation zu zahlen, um sich einen Operationstermin noch in 2015 sichern zu können, bzw., wenn er sich nicht mehr daran erinnern könne, ob im Juni/Juli 2015 üblicherweise eine solche Auskunft gegeben worden sei, hat M mit "Nein" beantwortet. Auch die Frage, ob er der Klägerin bei der Vorstellung am 25.06.2015 die Auskunft gegeben habe, dass in ihrem besonderen Fall die Kosten ohnehin von der Krankenkasse erstattet würden, hat der Arzt mit "Nein" beantwortet.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 02.08.2021 ihre Verwunderung über den nunmehrigen Vortrag der Klägerin zum Ausdruck gebracht. Selbst wenn die Operation einige Jahre zurückliege, mute es für die Beklagte erstaunlich an, dass sich die Klägerin nicht bereits während des Erörterungstermins an diesen Umstand erinnert habe, obwohl das Gericht mehrfach nach den damaligen Umständen gefragt habe. Aber selbst dann, wenn man die Angaben im Schriftsatz vom 21.07.2021 zu Grunde lege, ändere dies nichts am Ergebnis, dass die Klägerin bereits vor der Ablehnung alles Erforderliche in die Wege geleitet habe, damit die Operation stattfinden könne. Dass der Operationstermin auch bereits vor der Ablehnung festgestanden habe, ergebe sich aus der Notiz auf dem Aufnahmebogen und sei auch angesichts des Umstands, dass der Termin bereits in unmittelbarer zeitlicher Nähe stattfinden sollte, naheliegend. Letztlich habe die Klägerin den

gesamten Betrag gezahlt, um sich - wie sie angebe - den Termin zu sichern. Eine Festlegung sei damit sowohl auf die operierende Klinik als auch auf das Datum erfolgt. Dass die Klägerin den Termin wieder abgesagt hätte, klinge nicht plausibel. Auch deshalb nicht, weil sie nicht gewusst habe, wann die Beklagte die Leistung genehmigen oder ablehnen werde. Sie sei bewusst das Risiko eingegangen, dass ein entsprechender Bescheid erst nach Durchführung des Eingriffs ergehe. Auch in diesem Fall hätte die Klägerin die Leistung in Anspruch genommen. Die Einhaltung des Beschaffungsweges liege somit nicht vor.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 07.09.2021 sind sowohl die Klägerin selbst nochmals als auch ihre Mutter, die Zeugin F, umfassend zu dem Geschehen im Zusammenhang mit der bariatrischen Operation im Jahr 2015 und dazu, wie es nach dem Erörterungstermin zur Rekonstruktion der Geschehnisse gekommen sei, befragt worden. Insofern wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung verwiesen.

Die Anschlussberufung hat die Klägerin in der mündlichen Verhandlung zurückgenommen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG Würzburg vom 19.01.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Beigezogen worden sind die Akten des SG sowie die Verwaltungsakte der Beklagten. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt dieser Akten und der Berufungsakte, die allesamt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet.

Die Berufung der Beklagten ist begründet, da das SG der Klage auf Kostenerstattung in Höhe von 9.443,84 € wegen der Operation vom 21.07.2015 (Schlauchmagen) zu Unrecht stattgegeben hat. Tatsächlich steht der Klägerin gegen die Beklagte kein Kostenerstattungsanspruch wegen der Schlauchmagenoperation vom 21.07.2015 zu, weil die erforderliche Kausalität zwischen der Ablehnung mit Bescheid vom 14.07.2015 und der Operation am 21.07.2015 samt daraus entstandener Kostenlast nicht nachgewiesen ist.

Der Gesetzgeber hat in § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) für den Kostenerstattungsanspruch zwei Alternativen geregelt, zum einen den Fall einer rechtswidrigen Leistungsablehnung, zum anderen den einer unaufschiebbaren Leistung. Im Betracht kommt vorliegend nur § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V (rechtswidrige Leistungsablehnung), da ein Fall der Unaufschiebbarkeit - wie im Übrigen auch ein Fall der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V - offensichtlich nicht gegeben ist.

Ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V setzt neben dem Systemversagen, also der rechtswidrigen Ablehnung der Beklagten, und der Selbstbeschaffung mit der daraus entstehenden Kostenlast für den Versicherten einen kausalen Zusammenhang (§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V: "dadurch") zwischen der Ablehnung der Beklagten und der aus der Selbstbeschaffung resultierenden Kostenlast für den Versicherten voraus.

Näher hat dies das BSG im Urteil vom 22.03.2005, B 1 KR 3/04 R, wie folgt erläutert:
"Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt einen Kausalzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Ablehnung und der Kostenlast des Versicherten voraus. Ohne diesen Zusammenhang ist die in § 13 Abs 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V (vgl "dadurch ... entstanden") geregelte Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz (vgl § 2 Abs 2 Satz 1, § 13 Abs 1 SGB V) nicht erfüllt (BSGE 79, 125, 127 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 51; BSG SozR 3-2500 § 13 Nr 15 S 74 f; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 1 RdNr 12 bis 14). Ein Anspruch nach § 13 Abs 3 SGB V ist ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhängig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte. Der Versicherte ist indessen vor der Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Sachleistungssystems grundsätzlich gehalten, sich an seine Krankenkasse zu wenden, die Leistungsgewährung zu beantragen (BSG SozR 3-2500 § 13 Nr 15 S 74) und die Entscheidung der Krankenkasse darüber abzuwarten (BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 1 RdNr 11). Bei laufenden oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Leistungen wird die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse zwar im Allgemeinen eine Zäsur sein und ist die Kostenerstattung daher nur für diejenigen Leistungen ausgeschlossen, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft wurden. Das kann allerdings nur gelten, wenn die nachträglich getroffene Entscheidung der Krankenkasse überhaupt noch geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen. Waren mit dem eigenmächtigen Beginn der Behandlung die weiteren Schritte quasi bereits endgültig vorgezeichnet und festgelegt, fehlt selbst bei dieser Konstellation der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Kasse und der Kostenbelastung des Versicherten auch für den Teil der Behandlung, der zeitlich nach dem ablehnenden Bescheid liegt. Das ist dann der Fall, wenn sich die Behandlung als einheitlicher Vorgang darstellt, der sich hinsichtlich der Leistungsbewilligung nicht aufspalten lässt (BSG SozR 3-2500 § 28 Nr 6 S 35 f mwN)."

Ähnlich zur Kausalität hat sich das BSG beispielsweise in seinen Entscheidungen vom 30.11.2017, B 3 KR 11/16 R, vom 07.05.2020, B 3 KR 4/19 R, und vom 27.10.2020, B 1 KR 3/20 R, geäußert.

Den allgemeinen Beweisgrundsätzen folgend müssen alle anspruchsbegründenden Tatsachen im Vollbeweis, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein (ständige Rspr., vgl. z.B. BSG, Beschluss vom 10.06.1992, 4 BA 22/92, Urteile vom 07.04.2011, B 9 VJ 1/10 R, vom 15.12.2016, B 5 RS 9/16 R, und vom 06.10.2020, B 2 U 9/19 R). Für diesen Beweisgrad ist es zwar nicht notwendig, dass die erforderlichen Tatsachen mit absoluter Gewissheit feststehen. Ausreichend, aber auch erforderlich ist indessen ein so hoher Grad der Wahrscheinlichkeit, dass bei Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens kein vernünftiger, den Sachverhalt überschauender Mensch mehr am Vorliegen der Tatsachen zweifelt (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2000, B 9 VG 3/99 R), d.h. dass die Wahrscheinlichkeit an Sicherheit grenzt (vgl. BSG, Urteil vom 05.05.1993, 9/9a RV 1/92).

Der Beweismaßstab des Vollbeweises gilt somit - dies steht außer Frage - für die beiden Glieder der Kausalkette, das Systemversagen

einerseits und die Selbstbeschaffung sowie die daraus resultierende Kostenlast des Versicherten andererseits.

Der gleiche Beweismaßstab, also der des Vollbeweises, gilt auch für die Frage des rechtlich wesentlichen Zusammenhangs von Systemversagen und durch die Selbstbeschaffung entstandener Kostenlast des Versicherten; ein Anlass für eine Absenkung des Beweismaßstabs auf den der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit besteht nicht.

Grundsätzlich gilt im Sozialrecht der Beweismaßstab des Vollbeweises (vgl. BSG, Urteil vom 15.12.2016, B 5 RS 4/16 R: "Der Tatbestand öffentlich-rechtlicher Normen ist regelmäßig nur dann erfüllt, wenn ein einschlägiger Sachverhalt nach Ausschöpfung grundsätzlich aller zur Verfügung stehenden Erkenntnisgrundlagen bis zur Grenze der Zumutbarkeit (Senatsbeschluss vom 2.3.2010 - B 5 R 208/09 B - Juris RdNr 9; BVerwG Urteil vom 26.8.1983 - 8 C 76/80 - Buchholz 310 § 86 Abs 1 VwGO Nr 147 S 9 und Beschluss vom 18.2.2015 - 1 B 2/15 - Juris RdNr 4; vgl auch BVerfG Beschluss vom 27.10.1999 - 1 BvR 385/90 - BVerfGE 101, 106 - Juris RdNr 67) mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit (vgl zB BSG Urteil vom 27.6.2006 - B 2 U 20/04 R - BSGE 96, 291, 23 = SozR 4-2700 § 9 Nr 7) im Vollbeweis, dh zur vollen Überzeugung des hierzu berufenen Anwenders iS einer subjektiven Gewissheit feststeht. Für das sozialgerichtliche Verfahren ergibt sich dies aus § 103 S 1 Halbs 1, § 128 Abs 1 S 1 SGG." BSG, Urteil vom 19.03.1986, 9a RVi 2/84: "Alle anderen Anspruchsvoraussetzungen müssen nach einem allgemeinen Rechtsgrundsatz, der das Sozialrecht beherrscht, erwiesen sein. Dafür kann eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit genügen, die ernste, vernünftige Zweifel ausschließt (BSGE 32, 207; 35, 9; 45, 285 f; 40, 23, 27 = SozR 4100 § 79 Nr 2)."

Gleichwohl gilt dieser Grundsatz nicht einschränkungslos. Das SGG enthält dazu, bestimmte verfahrensbezogene Tatsachen ausgenommen, keine allgemeinen Festlegungen (vgl. Giesbert in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl., Stand: 15.07.2017, § 128, Rdnrn. 25, 38). Der anzuwendende Beweismaßstab ist daher dem materiellen Recht zu entnehmen.

Materielle Regelungen können somit eine Absenkung des Beweismaßstabs enthalten, wie dies beispielsweise im Versorgungsrecht ausdrücklich der Fall ist (vgl. z.B. § 1 Abs. 3 Satz 1 Bundesversorgungsgesetz: "Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs."; § 81 Abs. 6 Satz 1 Soldatenversorgungsgesetz: "Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Wehrdienstbeschädigung genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs.").

Sofern vereinzelte Formulierungen des BSG dahingehend gedeutet werden könnten, dass eine Absenkung des Beweismaßstabs eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage voraussetze (vgl. BSG, Urteil vom 22.09.1977, 10 RV 15/77: "In der KOV wie auch in den anderen zur Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit gehörenden Angelegenheiten bedürfen die anspruchsbegründenden Tatsachen im allgemeinen des vollen Beweises, sofern nicht aufgrund ausdrücklicher Ausnahmevorschriften geringere Beweisanforderungen wie etwa die Wahrscheinlichkeit (vgl ua § 1 Abs 3 Satz 1, § 30 Abs 4 Satz 2 Bundesversorgungsgesetz - BVG -, letztere Vorschrift jetzt gültig in der Fassung des 9. AnpG-KOV vom 27. Juni 1977, BGBl I S. 1037), die Glaubhaftmachung (§ 45 Abs 2 Nr 6 BVG) oder die Vermutung (zB § 38 Abs 1 Satz 2 BVG) genügen." BSG, Urteil vom 14.12.2006, B 4 R 29/06 R: "Beweisbedürftige Tatsachen bedürfen des Vollbeweises, dh der an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit, soweit Abweichendes (Gewissheit, hinreichende Wahrscheinlichkeit oder Glaubhaftmachung) nicht bestimmt ist." BSG, Urteil vom 15.12.2016, B 5 RS 4/16 R: "Abweichungen (Gewissheit, hinreichende Wahrscheinlichkeit oder Glaubhaftmachung) von diesem Regelbeweismaß bedürfen einer gesetzlichen Grundlage (BSG SozR 3-3900 § 15 Nr 4 - Juris RdNr 4; vgl auch BSG Urteil vom 14.12.2006 - B 4 R 29/06 R - BSGE 98, 48 = SozR 4-5075 § 1 Nr 3; BVerwG Beschluss vom 3.8.1988 - 9 B 257/88 - NVwZ-RR 1990, 165; Bolay in Lüdtke, SGG, 4. Aufl 2012, § 128 RdNr 13 ff; Höfling/Rixen in Sodan/Ziekow, VwGO, 4. Aufl 2014, § 108 RdNr 87; Kopp/Schenke, VwGO, 22. Aufl 2016, § 108 RdNr 5; Kühl in Breitkreuz/Fichte, 2. Aufl 2014, § 118 RdNr 3 ff). Nur dann ist gewährleistet, dass normativ angeordnete Rechtsfolgen allein Fällen der gesetzlich vorgesehenen Art zugeordnet werden und im Streitfall effektiver Rechtsschutz (Art 19 Abs 4 GG) gewährleistet ist." BSG, Beschluss vom 08.08.2001, B 9 V 23/01 B: "Gegenüber dem Vollbeweis räumen bestimmte gesetzliche Vorschriften dem Anspruchsberechtigten ausdrücklich Milderungen der Beweisanforderungen ein.") würde dies aber eine Fehlinterpretation darstellen. Denn wenn es schon keine ausdrückliche gesetzliche Regelung gibt, die den Vollbeweis vorschreibt, kann - auch unter dem Gesichtspunkt des Vorbehaltes des Gesetzes - keine ausdrückliche gesetzliche Regelung für eine Abweichung vom ungeschriebenen Regelbeweismaßstab erforderlich sein. Vielmehr hat sich das Gericht im Rahmen der freien Beweiswürdigung des § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG, die von der Freiheit starrer Beweisregeln geprägt ist, die Überzeugung vom Vorliegen der entscheidungserheblichen Tatsachen zu verschaffen. Eine Absenkung des Beweismaßstabs setzt daher eine ausdrückliche Regelung im Gesetz nicht zwingend voraus (vgl. auch Giesbert, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl., Stand: 15.07.2017, § 128, Rdnr. 25; Keller, in: Meyer-Ladewig/ders./Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl. 2020, § 128, Rdnrn. 3c und 3d).

Dies hat auch das BSG im Urteil vom 16.02.1971, 1 RA 113/70, mit folgenden Worten explizit zum Ausdruck gebracht: "Es trifft jedoch nicht zu, wie das LSG annimmt, daß immer dort, wo das Gesetz über die Anforderungen an den Beweis der rechtserheblichen Tatsachen schweigt, der Tatrichter eine Tatsache nur dann für bewiesen halten darf, wenn nach seiner Überzeugung für ihr Vorliegen eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit spricht. Ordnet das materielle Recht im gesetzlichen Tatbestand weder höhere noch geringere Anforderungen an den Beweis der Tatsachen an, so haben die allgemeinen Grundsätze über den Beweis zu gelten. Hiernach hat sich zu richten, welcher Grad der Wahrscheinlichkeit zu fordern ist, damit sich die richterliche Überzeugung von dem Vorliegen der rechtserheblichen Tatsachen darauf gründen kann."

Eine Absenkung des Beweismaßstabs auf den der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit findet sich bei Zusammenhangs-/Kausalitätsfragen. Ausdrücklich geregelt ist dies im Versorgungsrecht (vgl. oben). Ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage wird eine Absenkung des Beweismaßstabs aber auch in anderen Rechtsbereichen, so im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung (ständige Rspr., vgl. z.B. BSG, Urteil vom 06.05.2021, B 2 U 15/19 R: "Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, aber nicht die bloße Möglichkeit (stRspr; zuletzt BSG Urteil vom 6.9.2018 - B 2 U 10/17 R - BSGE 126, 244 = SozR 4-5671 Anl 1 Nr 2108 Nr 9, RdNr 13 mwN)."), der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. BSG, Urteil vom 16.02.1971, 1 RA 113/70: "In der Kriegsopferversorgung ist in § 1 Abs. 3 S. 1 BVG ausdrücklich vorgeschrieben, zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung genüge die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Die gleichen Grundsätze gelten für die Rentenversicherung. Sind dort Feststellungen darüber zu treffen, ob eine gesundheitliche Schädigung - Krankheit oder sonstige Gesundheitsstörung - mit einem schädigenden Ereignis im Ursachenzusammenhang steht, so ist kein durchgreifender Grund dafür ersichtlich, an den Beweis dieses ursächlichen Zusammenhangs andere und höhere Anforderungen zu stellen, als sie in anderen Rechtsgebieten, insbesondere in der Unfallversicherung, in der Kriegsopferversorgung und in den Verfahren vor den Zivilgerichten gestellt werden. Denn die allgemeinen Erwägungen, die dort die Beweiserleichterungen und somit einen geringeren Grad der Wahrscheinlichkeit

rechtfertigen, haben in gleicher Weise im Gebiet der gesetzlichen Rentenversicherung für die im AVG und in der RVO geregelten gesetzlichen Tatbestände zu gelten, soweit zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer gesundheitlichen Schädigung der ursächliche Zusammenhang in Frage steht.") und der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BSG, Urteil vom 03.07.2012, B 1 KR 22/11 R: "Die Beurteilung der Verursachung richtet sich nach der im Sozialrecht maßgeblichen Theorie der wesentlichen Bedingung. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen muss in Gerichtsverfahren grundsätzlich zur vollen Überzeugung des Gerichts feststehen. Lediglich für die zu prüfenden Kausalzusammenhänge genügt die überwiegende Wahrscheinlichkeit.") vorgenommen.

Begründet wird die Absenkung des Beweismaßstabs mit (praktischen) Erwägungen zu Beweisschwierigkeiten. So hat das BSG im Urteil vom 02.02.1978, 8 RU 66/77, Folgendes ausgeführt: "Geringere Anforderungen an die Überzeugungsbildung des Gerichts (als die an den vollen Beweis zu stellenden) sind ausnahmsweise beim ursächlichen Zusammenhang deshalb zugelassen, weil letzterer zu den Tatsachen gehört, für die ein strenger Beweis kaum zu führen sein wird. Es werden deshalb Beweiserleichterungen dahin eingeräumt, daß lediglich eine hinreichende Wahrscheinlichkeit für die Kausalität bestehen muß; das Gericht ist somit in der Zusammenhangsfrage bei seiner Würdigung und Überzeugungsbildung freier gestellt (BSGE 32, 203, 208)." Rechtstheoretisch findet diese Argumentation ihre Stütze in dem allgemeinen Grundsatz der Methodenlehre, wonach ein Gesetz nicht in einer Weise ausgelegt werden darf, dass es keinen relevanten Regelungsbereich mehr hätte (vgl. Bundesfinanzhof, Beschluss vom 01.02.2006, X B 166/05; Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 01.03.1997, 2 BvR 1599/89, 2 BvR 1714/92, 2 BvR 1508/95), also eine Zugrundelegung des Vollbeweises regelmäßig zu einer Ablehnung des sozialen Schutzes und zur Rechtsverweigerung führen würde (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 57).

Allen Konstellationen, in denen entweder ausdrücklich von Gesetzes wegen oder ohne explizite gesetzliche Grundlage eine Absenkung des Beweismaßstabs auf den der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit vorgenommen wird (vgl. dazu die oben angeführte Rechtsprechung aus dem Versorgungs-, Unfall-, Krankenversicherungs- und Rentenrecht), ist es zu eigen, dass es dabei um die Beurteilung medizinischer oder allgemein naturwissenschaftlicher Ursachenzusammenhänge geht, für deren Beurteilung auf sachverständiges Wissen zurückgegriffen werden muss und bei denen Beweisschwierigkeiten aufgrund der naturgemäß begrenzten Erkenntnismöglichkeiten der Naturwissenschaften und der Medizin regelmäßig so stark ausgeprägt sind, dass sich der Vollbeweis als strengste Form des Beweismaßstabs typischerweise nicht führen lassen wird (vgl. BSG, Urteile vom 02.02.1978, 8 RU 66/77, und vom 20.03.2007, B 2 U 27/06 R; Becker, Der Arbeitsunfall, SGb 2007, 721, 729; Keller, a.a.O., § 128, Rdnr. 3c; Giesbert, a.a.O., § 128, Rdnr. 31). Stehen Beweisschwierigkeiten aus anderen Gründen, z.B. weil es auf innere Tatsachen ankommt, im Raum, ist für eine Absenkung des Beweismaßstabs ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage hingegen kein Raum (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 06.10.2020, B 2 U 9/19 R: "Die Handlungstendenz als eine von den Tatsachengerichten festzustellende innere Tatsache ist aufgrund der objektiven Umstände des Einzelfalls zur Überzeugung des Tatrichters im Vollbeweis festzustellen.").

Somit steht für den Senat fest, dass die Frage, welcher Beweismaßstab bei der Beurteilung eines vom Gesetzgeber als Tatbestandsmerkmal vorgegebenen Ursachenzusammenhangs anzuwenden ist, danach zu entscheiden ist, ob die Kausalitätsfrage von der Beantwortung naturwissenschaftlich-medizinischer Fragen mit den dabei enthaltenen, aufgrund der wesensimmanent begrenzten Erkenntnismöglichkeiten dieser Wissenschaften letztlich nicht endgültig aufklärbaren Unsicherheiten abhängt - dann hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend - oder nicht - dann Vollbeweis nötig.

Vorstehendes zugrunde gelegt, ist die Frage der Kausalität zwischen dem Systemversagen im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V ([rechtswidrige] Leistungsablehnung) und der durch die Selbstbeschaffung des Versicherten entstandenen Kostenlast im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V daher nach dem Beweismaßstab des Vollbeweises zu beurteilen. Die Antwort auf die Frage, warum sich ein Versicherter eine Leistung selbst beschafft hat, hängt nicht von der Beantwortung naturwissenschaftlich-medizinischer Fragen ab, bei denen eine zweifelsfreie Antwort aufgrund der eingeschränkten Erkenntnismöglichkeiten der Wissenschaft und tatsächlicher Unklarheiten typischerweise nicht möglich ist. Es ist somit im Sinne der Grundsätze der Methodenlehre weder ein Bedürfnis noch ein Ansatzpunkt für eine Auslegung dahingehend erkennbar, dass die Kausalität von Systemversagen und durch die Selbstbeschaffung entstandener Kostenlast nur im Sinne der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit zu beurteilen wäre. Denn es besteht weder eine Ähnlichkeit mit der Frage der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität im Versorgungs- bzw. Unfallversicherungsrecht noch sind sonstige Gesichtspunkte von nicht oder kaum beseitigbaren Aufklärungsschwierigkeiten ersichtlich. Sollte der Gesetzgeber im Rahmen seines gesetzgeberischen Ermessens entgegen den aufgezeigten Überlegungen auch für die Frage der Kausalität von Systemversagen (nicht rechtzeitige Leistungserbringung oder rechtswidrige Leistungsablehnung) und durch die Selbstbeschaffung entstandener Kostenlast eine Absenkung des Beweismaßstabs für angezeigt erachten, bedürfte dies einer ausdrücklichen gesetzgeberischen Entscheidung; eine solche existiert aber nicht.

Nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast geht eine nach Ausschöpfung der Ermittlungsmöglichkeiten verbleibende Unerweislichkeit einer Tatsache (sogenannte non-liquet-Situation) zu Lasten des Beteiligten, der aus ihr eine für ihn günstige Rechtsfolge ableiten will (vgl. BSG, Urteil vom 24.11.2010, B 11 AL 35/09 R; Schmidt, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/ders., SGG, 13. Aufl. 2020, § 103, Rdnr. 19a). Den, der sich auf einen Anspruch beruft, trifft damit die Beweislast für die rechtsbegründenden Tatsachen; der, der das geltend gemachte Recht bestreitet, ist für die rechtsvernichtenden, rechtshindernden oder rechtshemmenden Tatsachen beweispflichtig. Die Verteilung der Beweislast bestimmt sich somit nach der für den Rechtsstreit maßgeblichen materiell-rechtlichen Norm (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2010, B 11 AL 4/09 R).

Nach den dargestellten Grundsätzen sind im vorliegenden Fall die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nicht nachgewiesen.

Der erforderliche Zusammenhang zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten mit Bescheid vom 14.07.2015 und der durch die Selbstbeschaffung entstandenen Kostenlast ist nicht im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen; für den Senat bestehen nicht unerhebliche Zweifel an einem solchen Zusammenhang.

Bei streng-formaler Auslegung des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V würde der Kausalzusammenhang schon daran scheitern, dass die der Klägerin entstandenen Kosten schon aus zeitlichen Gründen nicht durch die Ablehnung der Beklagten entstanden sein können. Die gesetzliche Regelung setzt ihrem Wortlaut nach ("hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch ... Kosten entstanden") einen Zusammenhang zwischen der Ablehnung und den entstandenen Kosten voraus. Da vorliegend die Klägerin die vollständigen Kosten für die Operation bereits am 07.07.2015 angewiesen hat und der Betrag am 08.07.2015 beim Klinikum D-Stadt eingegangen ist, der ablehnende Bescheid aber erst am 14.07.2015 ergangen ist, kann der ablehnende Bescheid schon nach den Grundsätzen der Logik nicht die Ursache für die entstandenen Kosten sein, wenn auf den Geldfluss an sich abgestellt wird, zumal auch fraglich ist, ob nicht bereits mit der

Vorauszahlung der vollständigen Behandlungskosten der Behandlungsvertrag zustande gekommen ist (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2015, B 1 KR 14/14 R).

Aber auch wenn - über den genauen Wortlaut des Gesetzes hinaus - auf die Kausalität zwischen ablehnendem Bescheid und Selbstbeschaffung, die letztlich den Rechtsgrund für den Leistungserbringer zum (umfassenden) Behaltendürfen der Zahlung darstellt, abgestellt wird, ändert dies am Ergebnis nichts. Denn der Senat hat nicht unerhebliche Zweifel daran, dass zwischen der mit Bescheid vom 14.07.2015 ausgesprochenen Leistungsablehnung und der Selbstbeschaffung der Schlauchmagenoperation am 21.07.2015 im Rahmen des am 20.07.2015 beginnenden stationären Aufenthalts der Klägerin im Klinikum D-Stadt und der daraus resultierenden endgültigen Kostenlast der Klägerin ein Zusammenhang besteht.

Die Zweifel, dass die Ablehnung mit Bescheid vom 14.07.2015 die rechtlich wesentliche Ursache für die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung und die dadurch entstandenen Kosten ist, ergeben sich daraus, dass vieles dafür spricht, dass die Klägerin bereits vor Erlass des Bescheides vom 14.07.2015 fest entschlossen war, die Schlauchmagenoperation am 21.07.2015 im Klinikum D-Stadt durchführen zu lassen, unabhängig davon, ob diese Operation bis dahin von der Beklagten genehmigt worden sei oder nicht. Diese Zweifel ergeben sich aus dem Akteninhalt und den von der Klägerin selbst gemachten Angaben im Erörterungstermin vom 07.07.2021. Diese Zweifel sind auch nicht durch die Angaben der Klägerin und der Zeugin in der mündlichen Verhandlung am 07.09.2021 entkräftet worden.

Im Einzelnen begründen sich die Zweifel des Senats an einer Kausalität zwischen Leistungsablehnung mit Bescheid vom 14.07.2015 und Selbstbeschaffung samt dadurch entstandener Kostenlast wie folgt:

* Auf der von der Klägerin zusammen mit ihrem Antrag am 03.07.2015 vorgelegten "Patienteninformation" des Klinikums D-Stadt ist handschriftlich vermerkt: "T: 21.07.15". Als die Klägerin im Erörterungstermin am 07.07.2021 mit dieser Anmerkung konfrontiert worden ist, hat sie diese nicht erklären können. Für den Senat kann die Anmerkung auf der Patienteninformation aber nur so verstanden werden, dass die Klägerin bereits bei der Vorstellung im Adipositaszentrum des Klinikums D-Stadt am 25.06.2015 den Operationstermin für den 21.07.2015 vereinbart hat. Warum sonst hätte auf das der Klägerin am 25.06.2015 mitgegebene Informationsblatt ein Termin geschrieben werden sollen, der dem späteren Operationstermin entspricht? Dass mit dieser Teminsanmerkung lediglich zum Ausdruck hätte gebracht werden sollen, dass völlig unverbindlich und jederzeit wieder absagbar ein Operationstermin am 21.07.2015 möglich wäre, was auch von der Klägerin nicht einmal behauptet worden ist, hält der Senat für lebensfremd. Denn dass ein Krankenhaus für eine Patientin, bei der weder eine besondere Dringlichkeit der Behandlung noch ein bereits fester Entschluss zur Operation vorgelegen hätte, ein vergleichsweise naher Operationstermin freigehalten worden wäre, ist fernliegend, zumal es nach dem Vorbringen der Klägerin ohnehin schwierig gewesen sei, überhaupt noch im Jahr 2015 einen Operationstermin zu erhalten. Es spricht somit einiges dafür, dass die Klägerin bereits bei der Erstvorstellung am 25.06.2015 den festen Entschluss gefasst hatte, die bariatrische Operation am 21.07.2015 im Klinikum D-Stadt durchführen zu lassen, unabhängig davon, ob bis dahin die Beklagte über ihren Antrag entschieden habe und wie diese Entscheidung inhaltlich ausfallen werde.

* Die Klägerin hat bereits am 07.07.2015 die vollständigen Kosten für die Schlauchmagenoperation und den damit verbundenen stationären Aufenthalt in Höhe von 9.443,84 € als Vorauszahlung an das Klinikum D-Stadt angewiesen. Der Senat kann sich diese Vorauszahlung des vollständigen Betrags für die Operation in einer für die Klägerin, die im erstinstanzlichen Verfahren zunächst Prozesskostenhilfe beantragt hatte, nicht unerheblichen Höhe dadurch erklären, dass sie fest entschlossen war, die Operation durchführen zu lassen - und zwar unabhängig davon, ob sie von der Beklagten hierzu (vor der Operation) eine Kostenzusage erhalten habe oder nicht. Es spricht somit auch die Vorauszahlung am 07.07.2015 dafür, dass sich die Klägerin bereits vor dem streitgegenständlichen Bescheid darauf fest gelegt hat, die Operation am 21.07.2015 durchführen zu lassen.

* Dafür, dass die Klägerin nicht erst infolge der Ablehnung ihres Antrages mit Bescheid vom 14.07.2015 den Entschluss zur Selbstbeschaffung der Operation am 21.07.2015 gefasst hat, sondern bereits vor Erlass dieses Bescheides fest entschlossen war, die Operation am 21.07.2015 durchführen zu lassen, sprechen auch die zunächst gemachten Angaben der Klägerin im Erörterungstermin vom 07.07.2021. Dort hat die Klägerin auf Nachfrage des Vorsitzenden angegeben, dass sie mit der Anzahlung am 07.07.2015 den Operationstermin gesichert habe, der damals bereits für den 21.07.2015 festgestanden habe. Diese zunächst gemachte Auskunft hat die Klägerin anschließend nur auf Nachfrage ihres Bevollmächtigten dahingehend relativiert, dass sie sich wegen des großen zeitlichen Abstands nicht ganz sicher sei; sie denke aber schon, dass dies so gewesen sei. Zwar ist dem Senat sehr wohl bewusst, dass es aufgrund des großen zeitlichen Abstands zwischen der Operation im Jahr 2015 und der gerichtlichen Befragung im Jahr 2021 durchaus zu Erinnerungslücken gekommen sein kann. Gleichwohl spricht einiges für eine Richtigkeit der zuerst gemachten Angabe der Klägerin; hätte die Klägerin zu der Frage, ob der Operationstermin am 07.07.2015 bereits festgestanden habe, keine Erinnerung mehr gehabt, wäre es durchaus naheliegend gewesen, dass sie sich auch bei dieser Frage schon - wie auch bei späteren Nachfragen - auf eine infolge Zeitablaufs fehlende Erinnerung berufen hätte, was aber nicht der Fall war. Jedenfalls liefert diese Erstangabe der Klägerin doch ein gewisses Indiz dafür, dass bereits vor dem ablehnenden Bescheid der Operationstermin festgestanden hat.

* Dass die Klägerin mit ihrer Überweisung vom 07.07.2015 lediglich das Ziel verfolgt hätte, "einen zu dieser Zeit noch nicht näher bestimmten Operationstermin für das Jahr 2015 vorläufig zu sichern" (anwaltliches Schreiben vom 21.07.2021), erscheint dem Senat wenig glaubwürdig. Die Angaben der Klägerin sind insofern bereits nicht konsistent. So hat sie im Erörterungstermin vom 07.07.2021 auf Nachfrage zunächst angegeben, dass sie mit der Anzahlung am 07.07.2015 den bereits für den 21.07.2015 feststehenden Operationstermin habe sichern wollen, nicht irgendeinen Operationstermin noch im Jahr 2015. Auf Nachfrage ihres Bevollmächtigten im Erörterungstermin hat die Klägerin am 21.07.2015 ihre Aussage dann zwar insofern relativiert, dass sie sich wegen des Operationstermins nicht ganz sicher sei, sie aber gleichwohl denke, dass dies so gewesen sei. Wenn im anwaltlichen Schreiben vom 21.07.2021 dann aber eine abgeänderte Zielsetzung der Vorauszahlung, nämlich die Sicherung eines Operationstermins lediglich im Jahr 2015, angegeben wird, hält der Senat dies nicht für glaubwürdig. Denn die damit beschriebene Gefahr, dass die Klägerin ohne eine Vorauszahlung im Juli 2015 möglicherweise überhaupt keinen Operationstermin im Jahr 2015 mehr erhalten hätte, ist nicht nachvollziehbar. Ganz offensichtlich bestanden im Klinikum D-Stadt keine monatelangen Wartezeiten, wie dies auch M angegeben hat, der sich zwar nicht daran erinnern konnte, ob er der Klägerin gegenüber eine Auskunft zu einer Wartezeit gegeben habe, der aber - wenn er eine Auskunft zur Wartezeit gegeben hätte - dabei sechs Wochen angegeben hätte. Auch ist der Vortrag der Klägerin widersprüchlich, wenn sie einerseits die Vorauszahlung mit einer monatelangen Wartezeit auf einen Operationstermin begründet, dann aber angeben lässt, dass sie erst nach dem ablehnenden Bescheid vom 14.07.2015 den Operationstermin für den 21.07.2015 vereinbart hätte. Warum sollte es zunächst die Befürchtung gegeben haben, dass die Wartezeit

für einen Operationstermin mehr als fünf Monate betragen könnte, wenn dann die Vereinbarung eines Operationstermins innerhalb eines Zeitraums von weniger als einer Woche, wenn man den Angaben der Klägerin folgt, möglich gewesen ist? Auch hat der behandelnde Arzt M im Klinikum D-Stadt die Frage des Gerichts, ob er der Klägerin bei der Vorstellung am 25.06.2015 die Auskunft gegeben habe, dass es ratsam sei, den Betrag von 9.443,84 € für die Operation zu zahlen, um sich einen Operationstermin noch im Jahr 2015 zu sichern, ausdrücklich mit "Nein" beantwortet. Irgendeinen Anhaltspunkt, an der Richtigkeit der Angaben dieses Arztes in seinem Schreiben vom 27.07.2021 zu zweifeln, hat das Gericht nicht; der Arzt hat die ihm vom Gericht gestellten zehn Fragen plausibel und, wie es nach rund sechs Jahren nicht fernliegend ist, zum Großteil damit beantwortet, dass es sich nicht mehr erinnern könne. Dafür, dass er die vorgenannte mit "Nein" beantwortete Frage absichtlich falsch beantwortet hätte, spricht daher nichts.

* Sofern die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vom 07.09.2021 nochmals eingehender zu den Geschehnissen im Jahr 2015 befragt worden ist, ergibt sich daraus nichts, was die Zweifel des Senats daran, dass sich die Klägerin erst nach dem Bescheid vom 14.07.2015 zur Vereinbarung des Operationstermins entschlossen hätte, ausräumen würde.

Der Senat hat bereits nicht ganz unerhebliche Zweifel daran, ob die von der Klägerin gemachten Angaben in der mündlichen Verhandlung ihrer tatsächlichen Erinnerung an die Geschehnisse im Sommer 2015 entsprechen oder ob ihre Auskünfte am 07.09.2021 nicht eher das wiedergeben, was sich aufgrund nachträglicher Überlegungen und Besprechungen mit ihrem Umfeld im Zusammenhang mit dem Berufungsverfahren als vermeintliche Erinnerung ergeben hat. So wird aus diversen Aussagen der Klägerin deutlich, dass sie das als Erinnerung angibt, von dem sie davon ausgeht, dass es so gewesen sein müsste, was aber nicht zwingend auch den tatsächlichen Geschehnissen entsprechen muss. So hat sie beispielsweise angegeben, dass den Operationstermin "bestimmt" sie vereinbart habe und dass sie dies "bestimmt" telefonisch gemacht habe. Auch ihre Angabe dazu, wann sie mit ihrer Mutter über die Frage der Vorauszahlung gesprochen habe, hat sie anschließend dadurch relativiert, dass sie dies nicht ganz sicher wisse, dies aber "bestimmt" so gewesen sei, wie sie angegeben habe. Zu vielen Fragen hat die Klägerin angegeben, dass sie dies nicht mehr wisse, oder sie hat ihre Antworten mit "vermutlich" oder "wahrscheinlich" relativiert. Dies spricht für den Senat sehr dafür, dass die Klägerin tatsächlich keine exakte Erinnerung mehr an die Geschehnisse im Sommer 2015 hat, sondern sie sich erst in letzter Zeit wieder ein Bild davon verschafft hat, wie es wohl gewesen sein dürfte, ohne dass dieses Bild auch zwingend den tatsächlichen Abläufen entsprechen muss. Auch sind die Angaben der Klägerin in mancher Hinsicht nicht widerspruchsfrei und stimmen nicht immer mit den Angaben Ihrer Mutter überein. So hat die Klägerin einerseits in der mündlichen Verhandlung angegeben, dass sie den Operationstermin "bestimmt telefonisch" vereinbart habe. Andererseits hat die Klägerin kurz danach angegeben, dass sie nicht mehr wisse, ob sie nicht bereits bei der Erstuntersuchung im Klinikum D-Stadt am 25.06.2015 den Operationstermin vereinbart habe. Wenn die Klägerin sich aber nicht sicher ist, ob sie den Operationstermin nicht bereits bei der Vorsprache in der Klinik vereinbart hat, kann ihre Angabe, dass sie den Operationstermin telefonisch vereinbart habe, durchaus auch falsch sein. Auch dies ist ein Indiz dafür, dass die Angaben der Klägerin in der mündlichen Verhandlung nicht einer tatsächlichen Erinnerung entsprechen, sondern lediglich das darstellen, was die Klägerin für ihre Erinnerung hält oder was sie als sinnvollen Vortrag im gerichtlichen Verfahren erachtet. Auffällig ist auch die Detailarmut der Angaben der Klägerin. Ganz überwiegend sind ihre Angaben so unpräzise gehalten, dass einerseits schon wegen fehlender konkreter Aussagen Widersprüche kaum auftreten können. Zu bedenken ist andererseits aber auch, dass so unbestimmte Beschreibungen auch wenig Beweiswert besitzen können. Schließlich weichen die Angaben der Klägerin gerade dann, wenn sie etwas konkreter werden, auch von denen ihrer als Zeugin gehörten Mutter ab, ohne dass der Senat Anhaltspunkte dafür hätte, die Angaben der Klägerin oder die ihrer Mutter für glaubwürdiger zu halten. So hat die Klägerin zum einen angegeben, dass zur Erstvorstellung im Klinikum D-Stadt ihre Mutter gefahren, also am Steuer gesessen sei, nicht sie selbst. Die Mutter hingegen war sich sicher, dass die Klägerin selbst gefahren sei. Zum anderen hat die Klägerin angegeben, dass sie mit ihrer Mutter über den Inhalt der Erstvorstellung im Klinikum D-Stadt "auf der Heimfahrt" gesprochen habe. Ihre Mutter hingegen hat angegeben, dass das Gespräch "in dem großen Vorraum der Klinik" und dann zusätzlich bei der Heimfahrt stattgefunden habe. Dieser - letztlich nicht auflösbare - Widerspruch bewirkt jedenfalls keine Verstärkung der Beweiskraft der Angaben der Klägerin, da aus Sicht des Senats den Angaben der Mutter jedenfalls kein niedrigerer Beweiswert als den Angaben der Klägerin selbst zugerechnet werden kann. Schließlich kann der Senat auch nicht ausschließen, dass die von der Klägerin gemachten Angaben von einer Tendenz geprägt sind, den Sachverhalt so darzustellen, wie es für ihr Begehren hilfreich ist. So hat die Klägerin zum Ende ihrer Angaben in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen, dass sie den Behandlungsvertrag erst in der Klinik unterschrieben habe, ein Gesichtspunkt, der nach den Gründen der erstinstanzlichen Entscheidung und dem klägerischen Vortrag einen entscheidenden Gesichtspunkt gegen eine Vorfestlegung darstellt. Dieser Hinweis der Klägerin ist aber erfolgt, ohne dass diesbezüglich vom Gericht eine Frage gestellt worden wäre und auch ohne dass für den Senat ein Anlass erkennbar gewesen wäre, diesen Umstand zu thematisieren. Insofern liegt es nicht ganz fern, dass die gesamte Aussage von der Klägerin auch dadurch mitbeeinflusst war, den Sachverhalt für sie günstig darzustellen.

* Auch die Angaben der Zeugin F, der Mutter der Klägerin, in der mündlichen Verhandlung vom 07.09.2021 können die Zweifel des Senats daran, dass sich die Klägerin erst nach dem ablehnenden Bescheid zur Schlauchmagenoperation entschlossen hätte, nicht ausräumen.

Ähnlich wie die Angaben der Klägerin, ihrer Tochter, sind auch die Ausführungen der Zeugin weitgehend detailarm und unkonkret. Der Senat verkennt - wie auch bei der Klägerin selbst - nicht, dass angesichts des Umstands, dass die Angaben Geschehnisse betreffen, die rund sechs Jahre zurückliegen, die Erinnerung naheliegender Weise eingeschränkt sein kann. Für den Senat erscheint es daher zwar durchaus möglich, dass sich die Geschehnisse so zugetragen haben, wie dies die Zeugin beschrieben hat. Genauso ist es aber möglich, dass der Ablauf anders war. Ob die Zeugin tatsächliche Erinnerungen wiedergibt oder nur vermeintliche Erinnerungen berichtet, die darauf aufbauen, was aus Sicht der Zeugin, die sich mit der Klägerin besprochen hat, vermutlich so der Fall gewesen sein dürfte oder typischerweise in einer solchen Situation zu erwarten war, lässt sich nicht sicher differenzieren. Dass das Erinnerungsvermögen der Zeugin - angesichts des großen zeitlichen Abstands durchaus nicht fernliegend - reduziert ist, ist auch ihrer wiederholten Auskunft, dass sie bestimmte Fragen nicht mehr beantworten könne, weil sie sich daran nicht mehr erinnere bzw. dies nicht mehr wisse, zu entnehmen. Zudem weicht sie bei konkreteren Angaben von den Auskünften ihrer Tochter ab (vgl. oben), ohne dass dem Senat eine Festlegung dazu möglich wäre, ob die Zeugin oder die Klägerin glaubwürdiger ist. Auch kann der Senat bei der Zeugin nicht ausschließen, dass ihr Aussageverhalten nicht auch von dem Wunsch getragen war, das Begehren der Klägerin zu unterstützen. Darauf deutet jedenfalls der Umstand hin, dass die Zeugin - ungefragt und ohne für den Senat erkennbaren Anlass - darauf hingewiesen hat, dass die Klägerin den Behandlungsvertrag erst in der Klinik am 20.07.2015 unterschrieben habe, ähnlich, wie dies auch bei der Befragung der Klägerin selbst der Fall war.

* Sofern klägerseits darauf hingewiesen worden ist, dass der Behandlungsvertrag erst am 20.07.2015 (Aufnahmetag vor der Operation am Folgetag) abgeschlossen worden sei und die Klägerin bis dahin jederzeit den Operationstermin wieder hätte absagen und die Anzahlung zurückfordern können, stellt dies im Zusammenhang betrachtet kein gewichtiges Indiz dafür dar, dass sich die Klägerin nicht bereits vor

oder bei Antragstellung darauf festgelegt hätte, die bariatrische Operation am 21.07.2015 vornehmen zu lassen. Denn für die Frage der Vorfestlegung auf eine bestimmte Leistung kommt es nicht isoliert darauf an, an welchem Tag der Vertragsschluss für die Leistungserbringung erfolgt ist, sondern auf eine Gesamtbetrachtung, aus der sich der innere Wille des Versicherten erschließen lässt. So hat beispielsweise auch das BSG im Urteil vom 08.09.2015, B 1 KR 14/14 R, in einer Konstellation wie hier - Vorauszahlung vor förmlichem Vertragsschluss - ausdrücklich offengelassen, ob der Behandlungsvertrag nicht schon mit der Vorauszahlung des vollständigen Rechnungsbetrages zustande gekommen ist oder erst mit dem vom Versicherten unterschriebenen schriftlichen Behandlungsvertrag. Im Übrigen wird regelmäßig von einer dem Kausalzusammenhang entgegenstehenden Vorfestlegung ausgegangen, wenn der Versicherte vor Bekanntgabe der Entscheidung der Krankenkasse die Kosten für die Leistungserbringung im Wege der Vorauskasse begleicht (vgl. Bayer. LSG, Urteil vom 08.10.2020, L 4 KR 315/17; Helbig, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Stand: 30.06.2021, § 13, Rdnr. 77).

Sofern das SG bei seiner Beurteilung der Frage einer Vorfestlegung wesentlich darauf abgestellt hat, dass die Klägerin vor der Ablehnung durch die Beklagte keinen Behandlungsvertrag unterschrieben und daher die Operation jederzeit wieder habe absagen können und daher der Beschaffungsweg eingehalten sei, greift dies somit zu kurz. Die Frage einer Vorfestlegung kann nicht isoliert an einem von mehreren vorhandenen Gesichtspunkten festgemacht werden.

* Weitergehende Aufklärungsmöglichkeiten haben nicht bestanden. Der behandelnde Arzt M im Klinikum D-Stadt hat glaubhaft mitgeteilt, dass sich nicht mehr rekonstruieren lasse, wann und wie der Operationstermin vereinbart worden sei.

Bei Abwägung aller Gesichtspunkte ist der Senat daher zu der Überzeugung gekommen, dass nicht unerhebliche Zweifel daran bestehen, dass die Ablehnung der Beklagten mit Bescheid vom 14.07.2015 die Ursache für die Selbstbeschaffung der am 21.07.2015 durchgeführten Schlauchmagenoperation samt der daraus entstehenden (endgültigen) Kostenlast war. Der Senat hält einen solchen Zusammenhang zwar für möglich. Es bestehen aber gewichtige Hinweise darauf, dass sich die Klägerin bereits vor dem ablehnenden Bescheid vom 14.07.2015, sei es bereits bei der Erstvorstellung im Klinikum D-Stadt, sei es erst am 07.07.2015 mit der Überweisung der Kosten für die Operation, endgültig auf die Schlauchmagenoperation am 21.07.2015 im Klinikum D-Stadt festlegt hat und daher die bescheidmäßige Ablehnung der beantragten Behandlungsmaßnahme keinen wesentlichen Grund für die Selbstbeschaffung der Schlauchmagenoperation und die damit entstehende Kostenlast darstellen kann. Der für einen Kostenerstattungsanspruch erforderliche Zusammenhang zwischen Ablehnung und Kostenlast infolge der Selbstbeschaffung der Leistung ist somit nicht im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen.

Auf die Berufung der Beklagten hin ist daher die erstinstanzliche Entscheidung aufzuheben, soweit diese für die Klägerin positiv war, und die Klage abzuweisen.

Darauf, ob die mit Bescheid vom 14.07.2015 ausgesprochene Leistungsablehnung rechtswidrig war oder nicht - die Einschätzung des SG, dass die Ablehnung rechtswidrig war, erscheint dem Senat durchaus nachvollziehbar -, kommt es für die Entscheidung nicht mehr an.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Berufung nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG zuzulassen, gibt es nicht.

Rechtskraft
Aus
Saved
2021-12-14