

L 28 KR 349/18

Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
28.
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 208 KR 935/16
Datum
25.09.2018
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 28 KR 349/18
Datum
29.01.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 25. September 2018 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt die Erstattung von Kosten für eine stationäre Behandlung in einer Privatklinik in der Türkei.

Der 1977 geborene Kläger türkischer Staatsangehörigkeit ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Er leidet unter Akne inversa (bzw. Hidradenitis suppurativa; L73.2), einer Entzündungsneigung der Talgdrüsen und äußeren Wurzelscheiben der Terminalhaarfollikel, und zwar insbesondere im Bereich der Achselhöhlen und der Leistengegend.

Am 14. September 2015 stellte er sich wegen einer axillären Sekretabsonderung beim Befund Hidradenitis suppurativa beidseitig axillär in der Privatklinik VM Mpark in G in der türkischen Provinz K (nachfolgend: Privatklinik M.) bei dem Facharzt für plastische und rekonstruktive Chirurgie Doz. Dr. T. I vor. Der Kläger sei, so die Epikrise, über die „OP“ aufgeklärt worden; Terminvergaben hätten stattgefunden. Während seines Aufenthalts in der Türkei in der Zeit vom 4. November 2015 bis 15. Dezember 2015 wurde er vom 6. bis 9. November 2015 stationär in der Privatklinik M. von Doz. Dr. T. I wegen Abszessen in den Achselhöhlen und der Leistenregionen beidseitig operativ behandelt. Die Privatklinik M. stellte am 8. Dezember 2015 eine Rechnung über einen Gesamtbetrag in Höhe von 13.000 TL brutto (12.037,04 TL netto) aus, wovon ein Betrag in Höhe von 8.524,24 TL auf Untersuchung, Befund und Behandlungskosten entfielen und 3.512,80 TL als Kosten für die stationäre Behandlung und als Dienstleistungspaket für Unterkunft anfielen. Dem Vorbringen des Klägers zufolge beglich er die Krankenhauskosten bereits am 19. November 2015 mit seiner Kreditkarte, wofür ihm umgerechnet 4.278,85 € vom Kreditkartenunternehmen in Rechnung gestellt wurden unter Angabe des Verwendungszwecks „Rechnung vom 13. November 2015“). Bereits am 6. November 2015 hatte sich ein Mitarbeiter der Privatklinik M. per E-Mail unter Beifügung der Epikrise vom 6. November 2015 an die Beklagte gewandt, der jene mitteilte, dass die erbetene Kostenübernahmeerklärung nicht erteilt werden könne. Sollte der Klinikträger die Behandlung über den türkischen Sozialversicherungsträger abrechnen können, werde um Mitteilung gebeten; in diesem Fall würde die Anspruchsbescheinigung TA/11 übersandt werden.

Der Kläger beantragte am 4. Januar 2016 bei der Beklagten die Erstattung von Kosten für Behandlungen in einem Abkommenstaat und

erklärte, mit dem ausländischen Versicherungsunternehmen habe kein Kontakt aufgenommen werden können. Auf die Anfrage der Beklagten vom 19. Januar 2016 beim türkischen Sozialversicherungsträger in K mit der Bitte um Mitteilung des erstattungsfähigen Betrages teilte jener unter Verwendung des Vordrucks T/A 26 unter dem 10. Februar 2016 mit, dass die Kosten der Privatklinik M. in Höhe von 13.000 TL in der türkischen Sozialversicherung (SGK) nicht erstattungsfähig seien. Mit Bescheid vom 26. Februar 2016 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenerstattung ab. Die Kosten seien nicht erstattungsfähig; es handle sich um türkische Eigenanteile und Privatkosten.

Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 3. Mai 2016 zurück, zu dessen Begründung sie ausführte, eine Leistungspflicht für in der Türkei eintretende Krankheitsfälle bestimme sich ausschließlich nach dem deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommen. Insofern sei sie lediglich verpflichtet, Kosten für die Leistungen nach den türkischen Sätzen zu erstatten, deren Erbringung im Rahmen der Sachleistungsaushilfe durch die SGK nach türkischem Recht - also in türkischem Leistungsumfang - möglich gewesen wäre. Der türkische Träger habe jedoch mit dem Vordruck T/A 26 am 10. Februar 2016 mitgeteilt, dass der gesamte Betrag in Höhe von 13.000 TL nicht erstattungsfähig sei, da es sich nicht um Leistungen handle, die nach den türkischen Rechtsvorschriften vom dortigen Leistungsumfang erfasst seien.

Mit seiner am 26. Mai 2016 vor dem Sozialgericht Berlin erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Begehren weiter und macht die Erstattung von 4.278,85 € als entstandene Behandlungskosten geltend. Er habe über einen für die Zeit vom 4. bis 30. November 2015 ausgestellten Auslandskrankenschein (Vordruck T/A 11) verfügt. Bei der gegenständlichen Behandlung habe sich um eine Notfallversorgung gehandelt. Das akute Beschwerdebild habe einen Behandlungsaufschub nicht geduldet. Etwaige Dokumentationsmängel des behandelnden Krankenhauses seien ihm nicht anzulasten.

Das Sozialgericht hat die Rechnung der Privatklinik M. vom 8. Dezember 2015, die Stellungnahme des Doz. Dr. I vom 11. Dezember 2015, den Operationsbericht vom 6. November 2015, die Epikrise vom 14. September 2015 und die Epikrise vom 9. November 2015 übersetzen lassen. Auf Bl. 46 bis 56 der Gerichtsakte wird insofern Bezug genommen. Wegen des Inhalts des vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg (MDK) nach Aktenlage erstatteten sozialmedizinischen Gutachtens vom 11. April 2017, wonach sich anhand der Befunddokumentation ein in der Türkei eingetretener Notfall mit Abszessen in den beiden Achselhöhlen und Leistungsgegenständen nicht sicher verifizieren lasse, es sich vielmehr bei den vorgenommenen Hautexzisionen mit Defektdeckung mittels Lappenplastiken durch einen plastisch-ästhetischen Chirurgen mit großer Wahrscheinlichkeit um geplante operative Eingriffe handelte, wird auf Bl. 72 bis 74 der Gerichtsakten verwiesen. Das Sozialgericht hat sodann Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte eingeholt. Auf Bl. 91 bis 100 der Gerichtsakten wird insofern Bezug genommen. Auf entsprechende Anforderung des Sozialgerichts hat schließlich die Beklagte die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) - vom 21. September 2018 vorgelegt, wonach es sich vorliegend offensichtlich weder nach den türkischen noch nach den deutschen Rechtsvorschriften um einen Notfall handle, so dass die Klinik berechtigt gewesen sei, Zusatzgebühren zu erheben („fark ücreti“), die von der gesetzlichen Krankenversicherung in der Türkei nicht erstattet würden; auf Bl. 138 f. der Gerichtsakte wird wegen des weiteren Inhalts verwiesen.

Mit Urteil vom 25. September 2018 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung der stationären Behandlungskosten in der Türkei. Der türkische Krankenversicherungsträger SGK sei nicht zahlungspflichtig, so dass auch aus dem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei über soziale Sicherheit kein dahingehender Anspruch folge. Ein Anspruch folge auch nicht aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V), weil die SGK in der Lage gewesen wäre, den Kläger im Rahmen der Leistungsaushilfe mit Sachleistungen zu versorgen. Schließlich fehle es an einer prüfbaren Rechnung. Die Beklagte habe nicht für unspezifizierte „Zusatzgebühren“ und Betriebskosten aufzukommen.

Mit seiner Berufung vom 4. November 2018 gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 29. Oktober 2018 zugestellte Urteil bestreitet der Kläger, dass über eine erforderliche und notwendige Krankenbehandlung mit einem operativen Eingriff hinausgehende „Zusatzgebühren“ berechnet worden seien. Die Kosten der Behandlung seien unstreitig und vollständig vom Kläger beglichen worden, so dass sich das behandelnde Krankenhaus in Ermangelung einer offenen Kostenforderung nicht an den türkischen Versicherungsträger SGK hätte wenden müssen. Etwaige Fehler bei der Rechnungsstellung könnten nicht dem Kläger zum Nachteil gereichen. Er habe seinen Urlaubskrankenschein bei der SGK abgegeben. Ihm sei erst zu einem späteren Zeitpunkt die Bescheinigung A/T 13 ausgestellt worden. Aufgrund der Schmerzen habe er jegliche Steuerungsfähigkeit verloren und sei von seinen Geschwistern in das Krankenhaus transportiert worden, ohne danach auszuwählen, ob dieses nun staatlich oder privat betrieben wurde. Die Behandlung sei unaufschiebbar notwendig gewesen. Die Suche nach einem staatlichen Krankenhaus sei ihm nicht zumutbar gewesen. Jedenfalls stände ihm zumindest eine anteilige Kostenerstattung in Höhe der Kosten für eine Behandlung in einer staatlichen Einrichtung zu.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 25. September 2018 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 26. Februar 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Mai 2016 zu verurteilen, Kosten für die stationäre Krankenbehandlung in der Türkei in der Zeit vom 6. November 2015 bis 9. November 2015 in Höhe von 4.278,85 € zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vortrags der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und des beigezogenen Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen.

II.

Die zulässige Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Der Senat hat die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Beschluss zurückweisen können, weil er dieses Rechtsmittel einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich gehalten hat. Die Beteiligten sind hierzu vorher gehört worden (vgl. [§ 153 Abs. 4 Satz 2 SGG](#)).

Das Sozialgericht hat die zulässige, insbesondere statthafte kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (vgl. [§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen. Der Kläger hat schon dem Grunde nach keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die gegenständliche Krankenhausbehandlung vom 6. bis 9. November 2015 in der Türkei, so dass es auf die geltend gemachte Höhe von 4.278,85 € nicht ankommt. Der ablehnende Bescheid der Beklagten ist rechtmäßig und verletzt den Kläger daher nicht in seinen Rechten. Ein Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung für die selbstbeschaffte Krankenhausbehandlung im Ausland folgt weder unmittelbar aus den Vorschriften des SGB V (1.), noch aus Unionsrecht (2.) oder aus dem Abkommen vom 30. April 1964 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei über Soziale Sicherheit in der Fassung des Zusatzabkommens vom 2. November 1984 zum Abkommen vom 30. April 1964 (SVA i.d.F. des ZA; Zustimmung des Parlaments durch Gesetz zu dem Abkommen vom 30. April 1964 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei über Soziale Sicherheit vom 13. September 1965 - [BGBl. II 1965 S. 1169](#), 1170 ff.; Zustimmung des Parlaments vom 11. Dezember 1986 zum Zusatzabkommen vom 2. November 1984 - [BGBl. II 1986 S. 1038](#), 1040) bzw. aus [§ 13 Abs. 3 Fall 1 SGB V](#) i.V.m. dem Abkommensrecht (3.). Schließlich besteht auch kein Anspruch aus dem Rechtsinstitut des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs (4.).

1. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die begehrte Kostenerstattung unmittelbar aus innerstaatlichem Recht. Für in der Bundesrepublik Deutschland wohnhafte und, wie der Kläger, für den Fall der Krankheit Versicherte finden nach [§§ 30 Abs. 1, 37 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeine Vorschriften - (SGB I) in Bezug auf die Frage, welche Sozialleistungen ihm wegen Krankheit zustehen, die Vorschriften des SGB V Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen ruht jedoch gemäß [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), solange Versicherte sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist. Dies - ein Ruhen des Anspruchs auf Leistungen - war bei dem Kläger aufgrund seines Aufenthalts in der Türkei vom 4. November bis 15. Dezember 2015 der Fall.

2. Aus Unionsrecht folgt nichts Abweichendes. Zwar wird das nationale Recht durch vorrangige Regelungen des supranationalen Rechts überlagert oder ergänzt (vgl. [§ 30 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil - [SGB I] und [§ 6](#) Sozialgesetzbuch Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - [SGB IV]). Indes gelten das allgemeine Diskriminierungsverbot aus Gründen der Staatsangehörigkeit nach [Art. 18 Abs. 1](#) des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) und die innerhalb der Union gewährleistete Freizügigkeit für Arbeitnehmer gemäß [Art. 45 AEUV](#) grundsätzlich nur für Unionsbürger, mithin für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates ([Art. 20 Abs. 1 Satz 2 AEUV](#)). Hierzu zählt die Türkei nicht. Zwar gilt die auf der Grundlage vorstehenden Primärrechts erlassene Verordnung - VO - (EG) Nr. 883/2004 auch für Drittstaatsangehörige, die ausschließlich aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit nicht bereits unter den Anwendungsbereich dieser Verordnung fallen (vgl. Art. 2 Abs. 1 der VO (EG) Nr. 883/2004), wenn sie ihren rechtmäßigen Wohnsitz im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats haben und sich in einer Lage befinden, die nicht ausschließlich einen einzigen Mitgliedstaat betrifft. Denn nach Art. 1 der VO (EU) Nr. 1231/2010 finden die dort genannten Verordnungen keine Anwendung auf Drittstaatsangehörige, die ausschließlich Verbindungen zu einem Drittstaat und nur einem einzigen Mitgliedstaat haben (vgl. Erwägungsgründe Nr. 12 der VO (EU) Nr. 1231/2010). Letzteres ist bei dem Kläger aber der Fall. Durch die Beschränkung des Anwendungsbereichs im Wesentlichen auf die Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten und Drittstaatsangehörige mit Bezug zu wenigstens zwei verschiedenen Mitgliedstaaten werden die davon ausgeschlossenen Personen, wie der Kläger, nicht unionsrechtswidrig diskriminiert, weil diese Abgrenzung dem Unionsrecht gerade immanent ist (vgl. BSG, Urteil vom 25. Februar 2015 - [B 3 P 6/13](#) - juris Rn. 14 zum Ruhen eines Pflegegeldanspruchs).

Zwar sollen durch den Beschluss des Assoziationsrates Nr. 3/80 vom 19. September 1990 (Abl. 1983, C 110, S. 60) zum Assoziierungsabkommen vom 12. September 1963 (Abl. 1964, Nr. 217, S. 3685) i.V.m. Art. 39 Abs. 1 des Zusatzprotokolls vom 23. November 1970 (Abl. 1972, L 1972, L 293, S. 1) die Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten koordiniert werden, damit u.a. türkische Arbeitnehmer, die in einem oder mehreren Mitgliedstaaten der Gemeinschaft beschäftigt sind oder waren, Leistungen in den herkömmlichen Zweigen der sozialen Sicherheit beziehen können. Art. 3 Abs. 1 des Beschlusses Nr. 3/80 gibt Personen, die, wie der Kläger im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen und für die dieser Beschluss gilt, dieselben Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates, wie Staatsangehörigen dieses Staates. Indes knüpft die Ruhensregelung in [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) nicht an die Staatsangehörigkeit an, sondern unabhängig von dieser an den Auslandsaufenthalt eines Versicherten, so dass eine Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit hier nicht gegeben ist (vgl. BSG, Urteil vom 25. Februar 2015 - [B 3 P 6/13](#) - a.a.O. Rn. 17).

3. Wie vom Sozialgericht zu Recht entschieden worden ist, hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus den Vorschriften des SVA i.d.F. des ZA bzw. nach [§ 13 Abs. 3 Fall 1 SGB V](#) i.V.m. dem Abkommensrecht. Zwar hat der vorübergehende Aufenthalt des Klägers in der Türkei im gegenständlichen Zeitraum, was auch die Beklagte nicht in Abrede stellt, zu keiner Änderung in Bezug auf die Mitgliedschaft bei der beklagten Krankenkasse geführt. Indes räumt das nationale Recht Versicherten einen Anspruch auf Krankenbehandlung im Nicht-EG-Ausland, wie die Türkei, nur ein, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur außerhalb Deutschlands und außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes möglich ist ([§ 18 Abs. 1 SGB V](#)). Fehlt es - wie hier - an einem solchen Primäranspruch im Nicht-EG-Ausland, scheidet nach nationalem Recht grundsätzlich auch ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Krankenbehandlung (vgl. [§§ 16 Abs. 1 Nr. 1](#), 27 SGB V) aus.

Zwar erstreckt sich der sachliche Anwendungsbereich des SVA i.d.F. des ZA gemäß dessen Art. 2 Abs. 1 Nr. 1a) u.a. auf die deutschen und türkischen Vorschriften über Krankenversicherung. Es gilt nach dessen Art. 3 a) hinsichtlich des persönlichen Anwendungsbereich für Staatsangehörige der Vertragsparteien und damit auch für den Kläger. Nach Art. 4 a SVA i.d.F. des ZA stehen, soweit nichts anderes bestimmt ist, Staatsangehörige der anderen Vertragspartei, die sich im Gebiet einer Vertragspartei gewöhnlich aufhalten, bei Anwendung der Rechtsvorschriften einer Vertragspartei deren Staatsangehörigen gleich. Diese Vorschrift gilt gemäß Art. 12 Abs. 1 b) des Abkommens indes nur für eine Person, bei der der Versicherungsfall während des vorübergehenden Aufenthalts im Gebiet des anderen Vertrags eingetreten ist, wenn sie wegen ihres Zustandes sofort Leistungen benötigt. Gemäß Art. 15 Abs. 1 und 2 SVA i.d.F. des ZA gelten bei Anwendung des Artikels 4 a für die Erbringung der Sachleistungen die für den Träger des Aufenthaltsortes maßgebenden Rechtsvorschriften mit Ausnahme der Rechtsvorschriften über die Dauer der Leistungsgewährung, den Kreis der zu berücksichtigenden Angehörigen sowie der sich hierauf beziehenden Rechtsvorschriften über das Leistungsstreitverfahren gelten. Ergänzend regelt Absatz 4 dieser Vorschrift, dass Personen und Einrichtungen, die mit den in Absatz 1 genannten Trägern - hier dem türkischen Sozialversicherungsträger SGK - Verträge über die Erbringung von Sachleistungen für die bei diesen Trägern Versicherten und deren Angehörige abgeschlossen haben, verpflichtet sind, Sachleistungen auch für die in Art. 4 a genannten Personen zu erbringen, und zwar unter denselben Bedingungen, wie wenn diese Personen bei den in Abs. 1 genannten Trägern versichert oder Angehörige solcher Versicherter wären und als ob die Verträge sich auch auf diese Personen erstreckten. Gemäß Art. 17 SVA und 24 SVA i.d.F. des ZA hat der zuständige Träger dem Träger des Aufenthaltsortes die u.a. nach Artikel 15 bzw. 23 aufgewendeten Beträge mit Ausnahme der Verwaltungskosten zu erstatten.

Vorstehendes ist hier jedoch ausgeschlossen. Ein Erstattungsersuchen des türkischen Trägers SGK liegt weder vor noch ist ein solches gegenständlich, wie der Kläger auch selbst nicht geltend macht. Denn der SGK, bei dem der Kläger zwar seinen Urlaubskrankenschein abgegeben habe, sei, so trägt er mit seiner Berufung vor, vom behandelnden Krankenhaus mangels offener Kostenforderung, da er selbst den Rechnungsbetrag unverzüglich und vollständig beglichen habe, schon nicht in Anspruch genommen worden. Mit dem Vordruck T/A 26 hatte der SGK dementsprechend gegenüber der Beklagten keinen Erstattungsantrag gestellt, sondern bereits unter dem 10. Februar 2016 erklärt, dass der in Rede stehende (nach der Einlassung des Klägers Gesamt-) Betrag von 13.000 TL, den der Kläger unverzüglich gegenüber dem Krankenhausträger mit seiner Kreditkarte beglichen habe, wofür ihm vom Kreditinstitut die gegenständlichen 4.278,85 € in Rechnung gestellt worden seien, nicht erstattungsfähig sei.

Zwar werden bei Anwendung des Art. 4 a auf Ersuchen des zuständigen Trägers gemäß Art. 16 SVA i.d.F. des ZA Geldleistungen von dem in Art. 15 Abs. 1 genannten Träger des Aufenthaltsortes ausgezahlt; solche - etwa Rentenzahlungen - sind hier jedoch ebenso wenig gegenständlich.

Soweit das insofern speziellere Abkommensrecht, wie hier, nicht greift, kommt indes grundsätzlich, wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat und auch von der Beklagten nicht bestritten wird, ein Kostenerstattungsanspruch wegen der vom Kläger unmittelbar und vollständig für die Behandlung in der türkischen Privatklinik beglichene Kosten in Betracht, und zwar entweder im Sinne einer sachleistungsersetzende Kostenerstattung (vgl. BSG, Urteil vom 24. Mai 2007 - [B 1 KR 18/06 R](#) - juris Rn. 22 f.) in entsprechender Anwendung von Art. 15 SVA i.d.F. des ZA (vgl. hierzu a) oder aus [§ 13 Abs. 3 Fall 1 SGB V](#) i.V.m. Art. 15 SVA i.d.F. des ZA (vgl. hierzu b). Beides ist vorliegend mangels Vorliegens der tatbestandlichen Voraussetzungen insofern aber nicht der Fall.

a) Ein Anspruch des Klägers auf eine Kostenerstattung nach Abkommensrecht in Anwendung des türkischen Rechts besteht nicht. Leistungen, insbesondere „sofort“ benötigte Leistungen (vgl. Art. 12 Abs. 1b SVA i.d.F. des ZA), im Wege der sogenannten Leistungsaushilfe werden grundsätzlich von dem nach türkischen Recht zuständigen Träger SGK nach dem für diesen geltenden türkischen Recht mit Wirkung für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung erbracht (vgl. auch BSG, a.a.O. Rn. 19 zu dem insofern vergleichbaren deutsch-tunesischen Sozialversicherungsabkommen). Dieses „Umwegs“ über den im Wege der Sachleistungsaushilfe tätig werdenden zuständigen

türkischen Sozialversicherungsträger bedarf es nach höchstrichterlicher Rechtsprechung, die der Senat seiner Entscheidung zugrunde legt, jedoch nicht, weil die deutsche Krankenkasse - anders als bei der Sachleistungsgewährung im engeren Sinne - und wie vorliegend auch geschehen, nicht gehindert ist, einen solchen Erstattungsanspruch mit Hilfe der Verbindungsstelle von sich aus zu prüfen und gegebenenfalls zu erfüllen (vgl. BSG, a.a.O. Rn. 24). Ein solcher Anspruch nach türkischem Recht besteht vorliegend indes nicht.

Für die Feststellung von Existenz und Inhalt ausländischen Rechts verweist [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 293](#) Zivilprozessordnung auf die Vorschriften über die Beweisaufnahme zur Tatsachenermittlung (vgl. BSG, a.a.O. Rn. 39 m.w.N.), wonach dem Gericht unbekanntes ausländisches - hier türkisches - Recht des Beweises bedarf. Zu weiteren Ermittlungen von Amts wegen (vgl. [§ 103 SGG](#)) sieht sich der Senat aber angesichts der bereits im Verfahren vor dem Sozialgericht von der Beklagten überreichten Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes - DVKA - vom 21. September 2018 nicht gedrängt. Hiernach handelte es sich bei der behandelnden Privatlinik M. um eine solche mit Vertrag der SGK. Grundsätzlich habe, so die entsprechende Äußerung weiter, diese Klinik daher auch nach den türkischen Rechtsvorschriften (SUT) von in der Türkei Versicherten unmittelbar oder auf entsprechende Überweisung aufgesucht werden können. In Deutschland Versicherte seien im Rahmen der Sachleistungsaushilfe jenen gleichzustellen. Indes dürfen - auch insofern macht sich der Senat die Stellungnahme der sachkundigen Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland - des GKV-Spitzenverbandes vom 21. September 2018 (vgl. auch BSG, a.a.O. Rn. 39) zu eigen, nach türkischem Recht Versicherten für Gesundheitsleistungen im Notfall keine Zuzahlungen über die von der SGK festgesetzten Vertragsätze hinaus auferlegt werden. Solches ist nur bei anderen Gesundheitsdienstleistungen außerhalb von Notfällen zulässig. Nachdem der Kläger - woran zu zweifeln der Senat keinen Anlass hat - den mitgeführten Anspruchsnachweis T/A 11 („Urlaubskrankenschein“) bei der SGK vorgelegt hatte, welches den Leistungserbringer befähigt hätte, Sachleistungen nach türkischen Rechtsvorschriften im Notfall zu erbringen, folgt aus der von ihm vorgelegten Rechnung sowie nach dem Ergebnis sämtlicher Ermittlungen, dass es sich bei der gegenständlichen Krankenhausbehandlung nach türkischem (aber auch nach deutschem, s. unten) Recht nicht um einen Notfall handelte, welches die Klinik in den rechtlich zulässigen Stand versetzte, Zusatzgebühren („fark ücreti“), wie hier geschehen, zu erheben. Eine Verpflichtung zur Erstattung dieser von den Privatkliniken (auch mit SGK-Vertrag) erhobenen Zusatzgebühren besteht gegenüber dem türkischen Versicherungsträger nicht, so dass auch ein Anspruch auf einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch nach türkischem Recht mithin nicht gegeben ist.

b) Nichts Abweichendes ergibt sich für den vom Kläger auf [§ 13 Abs. 3 Fall 1 SGB V](#) gestützten Erstattungsanspruch, wonach dann, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten sind, soweit die Leistung notwendig war. Dessen entsprechend notwendige tatbestandliche Voraussetzungen, wonach der türkische Träger seinen Pflichten im Rahmen der Leistungsaushilfe mit Sachleistungen nicht oder nicht ordnungsgemäß nachgekommen ist, welches sich die Beklagte zurechnen lassen müsste (vgl. BSG, a.a.O. Rn. 25, 28 ff.), sind nicht erfüllt. Ein Fall nicht ordnungsgemäßer, mithin mit dem Abkommen nicht in Einklang stehender Leistungsaushilfe liegt nicht vor.

Zur vollen Überzeugung des Senats wurde dem Kläger keine nach dem SVA i.d.F. des ZA gebotene Leistung vorenthalten. Insbesondere sind die geltend gemachten Behandlungskosten nicht dadurch entstanden, dass die Beklagte durch den türkischen Versicherungsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Da es sich jedoch, wie bereits ausgeführt, bei der behandelnden Privatlinik M. um eine solche mit Vertrag mit der SGK handelte, liegt ein solcher Fall des „geregelten Systemversagens“, wie durch [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) im Falle der Naturalleistungsstörung erfasst (vgl. BSG, a.a.O. Rn. 29), schon aus diesem Grund nicht vor. Der Privatlinik wäre eine erforderliche und insofern auch als Sachleistung zu erbringende unaufschiebbare Notfallleistung vielmehr möglich gewesen.

Zur vollen Überzeugung des Senats wurde eine solche Notfallleistung aber gerade nicht erbracht. Denn es war kein unaufschiebbarer Behandlungsbedarf gegeben. Ausweislich des auf Veranlassung des Sozialgerichts vom amtlich bestellten Dolmetscher übersetzten Operationsberichts über die am 6. November 2015 beim Kläger durchgeführte Operation wurden Zystenhygrome, mithin flüssigkeitsgefüllte, gutartige Gewerbswucherungen, rechts und links in den Achselhöhlen entfernt und von Hidradenitis Suppurativa (Akne inversa) befallene Bereiche in der rechten und linken Leistengegend entfernt. Die defekten vier Bereiche wurden jeweils mit fasziokutanen Lappen, also aus Haut und subkutanem Fettgewebe und Faszie bestehende Lappen, durch den operierenden Facharzt für plastische und rekonstruktive Chirurgie wiederhergestellt. Ausweislich der Epikrise vom 14. September 2015 hatte sich der Kläger bereits seinerzeit wegen axillärer Sekretabsonderung in der Klinik vorgestellt und wurde über „die OP aufgeklärt“, während in den Epikrisen vom 6./9. November 2015 nur noch auf eine OP-Aufklärung Bezug genommen wird. Ferner hätten Terminvergaben stattgefunden. Soweit der Kläger bestreitet, dass seinerzeit bereits die gegenständliche Operation geplant worden sei, kann dies dahinstehen. Denn schon hinreichend plausible Anhaltspunkte dafür, dass es sich bei der Operation um eine unaufschiebbare Behandlung handelte, bestehen nicht.

Wie bereits ausgeführt, ergeben sich solche nicht aus der von der Klinik gestellten Rechnung vom 8. Dezember 2015. Ein Notfallprotokoll unter Beschreibung eines konkret am 6. November 2015 stattgehabten Notfalls wurde nicht erstellt. Als solches ist das handschriftliche Schreiben des Arztes und Operators Doz. Dr. I vom 11. Dezember 2015 mangels hinreichend konkreter Dokumentation des vermeintlichen Notfalls (etwa unter Angabe des Aufnahmezeitpunktes, des Leitsymptoms, einer Beschreibung der Notfalleinmündung nach körperlicher Untersuchung durch den verantwortlichen Arzt, der präklinischen Diagnose und Therapieempfehlung) nicht anzusehen. Dementsprechend hat der sachverständige MDK in seinem vollständigen und den Senat überzeugenden Gutachten vom 11. April 2017 festgestellt, dass sich anhand der präoperativen Befunddokumentation ein in der Türkei eingetretener Notfall aufgrund von Abszessen in beiden Achselhöhlen und Leistengegenden nicht sicher verifizieren lasse. Darüber hinaus hat er nachvollziehbar unter Verwendung sämtlicher von der türkischen Privatlinik übersandter bzw. vom Kläger eingereichter Unterlagen festgestellt, dass der in den Operationsberichten beschriebene große und sanierende operative Eingriff grundsätzlich nur in entzündungsfreien Intervallen vorzunehmen sei, um Wundheilungsstörungen zu vermeiden. Vielmehr habe es sich bei den in den Achselhöhlen durch Lappenplastiken durch einen plastisch-ästhetischen Chirurgen anstatt

einer notfallmäßig gegebenenfalls durchzuführenden Inzision (also einem Durchtrennen der Haut zur Öffnung) der Abszesse mit nachfolgender konservativer Lokalbehandlung um keine erkennbar unaufschiebbare Behandlung gehandelt, sondern um eine mit großer Wahrscheinlichkeit geplante Operation. Dementsprechend hat auch der Kläger selbst in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht angegeben, er sei seitens der Privatklinik informiert worden, dass die Behandlungskosten nicht von der Krankenkasse bezahlt würden. Bei dieser Sachlage greift aber der ergänzend eröffnete Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht ein. Denn dass der Kläger deshalb einer notwendigen privatärztlichen Behandlung ausgesetzt war, weil ihm diejenige Sachleistung abkommenswidrig vorenthalten worden wäre, die nach türkischem Recht auch türkischen Staatsangehörigen in der Situation des Klägers zu erbringen gewesen wäre, ist, wie dargestellt, nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens nicht erkennbar, ohne dass Umstände vorlägen oder vom Kläger dargetan worden wären, die den Senat zu weiteren Ermittlungen von Amts wegen gedrängt hätten (vgl. [§ 103 SGG](#)).

Bei dieser Sachlage besteht auch kein Anspruch auf die mit der Berufung geltend gemachte anteilige Kostenerstattung. Denn Rechtsfolge eines - hier ohnehin nicht gegebenen - Anspruchs aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist, dass dem Versicherten die für eine selbst beschaffte, notwendig gewesene Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse konkret „in der entstandenen Höhe“ zu erstatten sind. Eine Begrenzung auf sogenannte Kassensätze scheidet dagegen aus (vgl. BSG, Urteil vom 24. Mai 2007 - [B 1 KR 18/06](#) - a.a.O. Rn. 36 m.w.N.).

4. Mangels Regelungslücke im Hinblick auf den - hier auch im Rahmen des geltenden Abkommensrechts - grundsätzlich anwendbaren [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) fehlt es an der erforderlichen Regelungslücke für die Heranziehung des Rechtsinstituts des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - juris). Im Übrigen bestehen für eine Pflichtverletzung der Beklagten, die auch der Kläger selbst nicht geltend macht, keine Anhaltspunkte, und zwar auch nicht im Rahmen einer gegebenenfalls erforderlichen Spontanberatung, nachdem der Kläger über den für eine sofort erforderliche ärztliche Behandlung notwendigen Urlaubskrankenschein verfügte, den er ausweislich des vorgelegten Vordrucks A/T 13 auch dem türkischen Versicherungsträger vorgelegt hatte. Entsprechendes hatte die Beklagte auch der Privatklinik M. selbst, die sich vorab bei der Beklagten wegen einer Kostenübernahmeerklärung gemeldet hatte, erklärt.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-05-16