

Presseinformation

Gießen, 10.05.2019

Gesetzliche Krankenversicherung – Aufenthalt in der Türkei

Die Leistungspflicht der deutschen Krankenkassen für eine stationäre Behandlung während eines Türkeiurlaubs richtet sich nach türkischem Recht. Es gelten diejenigen Sätze, die der türkische Sozialversicherungsträger für eine vergleichbare Behandlung in einem Vertragskrankenhaus zu zahlen gehabt hätte. Für eine weitergehende Übernahme von Kosten einer stationären Behandlung in einer türkischen Privatklinik besteht regelmäßig keine Rechtsgrundlage.

Der Sachverhalt

Die 1931 geborene, in Offenbach lebende Klägerin erlitt am 04.06.2016 während eines Türkeiurlaubs eine Herzattacke. Sie wurde in bewusstlosem Zustand in eine Privatklinik eingeliefert und erhielt einen Herzschrittmacher eingesetzt. Hierfür stellte die Privatklinik 13.000,00 € in Rechnung, die die Klägerin aus eigenen Mitteln beglich. Auf ihren Erstattungsantrag bewilligte die Beklagte der Klägerin 1.252,41 €. Diese Summe wäre für eine Sachleistungsgewährung in der Türkei angefallen (Bescheide vom 10.08.2016 und 08.12.2016). Mit der Klage begehrte die Klägerin Kostenerstattung in voller Höhe. Zur Begründung führte sie aus, die Voraussetzungen des deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommens seien erfüllt. Sie habe erst nachträglich erfahren, dass es sich um eine Privatklinik gehandelt habe.

Die Entscheidung

Die Klage hatte keinen Erfolg.

Das Gericht stellte zunächst klar, dass kein weitergehender Anspruch aus § 18 Abs. 1, Abs. 3 SGB V (Erstattung von Kosten für eine Notfallbehandlung im Ausland wegen altersbedingter Unmöglichkeit einer privaten Versicherung) folge, weil die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt seien.

Ein Anspruch der Klägerin auf die Erstattung weiterer Kosten der Krankenhausbehandlung in der Türkei ergebe sich auch nicht aus der allein in Betracht kommenden Regelung des Art. 12 Abs. 1 Buchstabe a) und b) i. V. m. Art. 4a des DT-SVA (Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei über Soziale Sicherheit vom 30.04.1964 – BGBl. II 1972, S. 2, in der Fassung vom 02.11.1984 – BGBl. II 1986, S. 1040). Versicherten in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung könne danach auch bei einem Aufenthalt in der Türkei ein Anspruch auf Leistungen zustehen, wenn der Versicherungsfall während des vorübergehenden Aufenthalts im Gebiet der anderen Vertragspartei eingetreten sei und wenn sie wegen ihres Zustands sofort Leistungen benötigten.

Ein solcher medizinischer Notfall habe zwar vorgelegen, da die Klägerin auf sofortige ärztliche Hilfe angewiesen gewesen sei. Der Grundsatz der Maßgeblichkeit des Leistungsrechts des SGB V werde allerdings durch Art. 15 DT-SVA dahin modifiziert, dass sich der Anspruch der Versicherten nach türkischem Recht richte. Das maßgebliche türkische Recht habe sachleistungsersetzende Kostenerstattungsansprüche zur Zeit der Behandlung der Klägerin vorgesehen. Maßstab für den Kostenerstattungsanspruch sei aber nicht die Kostenforderung der türkischen Privatklinik, sondern der Kostenansatz, den der türkische Sozialversicherungsträger bei einer vergleichbaren Behandlung in einem Vertragskrankenhaus zu zahlen gehabt hätte. Die diesbezügliche Kostenauskunft des türkischen Sozialversicherungsträgers hat das Gericht trotz der erheblichen Differenz zu dem Rechnungsbetrag als zutreffend erachtet. Die Kosten für die Behandlung in einer Privatklinik seien auch in der Türkei üblicherweise um ein Vielfaches höher als für die Behandlung in einem staatlichen Vertragskrankenhaus.

Außerhalb des Kostenanspruchs nach dem DT-SVA könne die Klägerin eine weitergehende Kostenerstattung nur nach § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V verlangen, wenn der türkische Sozialversicherungsträger seinen Pflichten im Rahmen der Leistungsaushilfe mit Sachleistungen nicht oder nicht ordnungsgemäß nachgekommen sei. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Zwar habe es sich um eine Privatklinik gehandelt, mit der der türkische Sozialversicherungsträger einen Vertrag gehabt habe. Für die Notfallbehandlung hätten in diesem speziellen Fall nach türkischem Recht auch keine weiteren Kosten anfallen dürfen. Dies hätte aber vorausgesetzt, dass der Privatklinik bis zur Entlassung kenntlich gemacht wird, dass die Klägerin nach dem DT-SVA berechtigt ist. Hierzu hätte die Klägerin einen Nachweis über ihre Berechtigung nach dem DT-SVA von vornherein mit sich zu führen bzw. sich einen solchen während des Krankenhausaufenthaltes beschaffen müssen. Nachdem dies nicht geschehen sei, habe die Klinik eine Privatrechnung stellen dürfen. Ein Systemversagen sei dem türkischen Sozialversicherungsträger damit nicht anzulasten.

Die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch auf der Grundlage des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs seien ebenfalls nicht erfüllt, weil keine Regelungslücke bestehe.

Sozialgericht Gießen, Urteil vom 12.03.2019, Az.: S 7 KR 261/17, rechtskräftig.

Das Urteil wird unter www.lareda.hessenrecht.hessen.de ins Internet eingestellt.

