

## L 2 U 133/11

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 25 U 499/10 WA  
Datum  
20.04.2011  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 2 U 133/11  
Datum  
22.08.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 20. April 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung eines weiteren Betrages für im Ausland erfolgte ärztliche Behandlungen.

Der 1965 geborene und aus dem ehemaligen Jugoslawien stammende Kläger erlitt am 4. Mai 1992 einen Arbeitsunfall, bei dem er sich das linke Auge verletzte. Mit Bescheid vom 27. Januar 1994 erkannte die Beklagte als Unfallfolgen eine Herabsetzung der Sehkraft auf 0,1 nach operativ versorgter Netzhautablösung, eine Einschränkung des Gesichtsfeldes, eine bandförmige Linsentrübung vom Zentrum zur Peripherie und eine Vernarbung der Netzhaut sowie einen Anspruch auf Gewährung einer Verletzenteilrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v. H. an. Der Kläger verzog in der Folgezeit nach Bosnien Herzegowina.

Im Oktober 1999 wandte sich der Kläger an die Beklagte und teilte mit, dass eine Operation seines linken Auges erforderlich werde, beigelegt waren diesbezügliche Befunde. Mit einer am 17. Mai 2001 erstellten Anspruchsbescheinigung für Sachleistungen bescheinigte die Beklagte dem Kläger, dass dieser aufgrund der Unfallfolgen im linken Auge Anspruch auf Sachleistungen habe. Die Aufwendungen hierfür würden über die Verbindungsstellen abgerechnet. Der Kläger möge sich mit dem Vordruck an das Amt für Krankenversicherung Sarajevo wenden. Am 10. Juli 2003 teilte der Kläger telefonisch mit, am 4. Juli 2003 in Sarajevo operiert worden zu sein, die für die Sachleistungsaushilfe genannten Adressen hätten sich jedoch nicht für zuständig erklärt. Beigebracht wurden eine Rechnung der Dr. F/Prof. Dr. sc. Sefic, K C U U S vom 05. November 2003 für die Kosten der stationären Behandlung vom 4. - 7. Juli 2003 nebst Operation über 724.00 KM (Konvertible Mark) und eine Spezifikation der erbrachten Gesundheitsleistungen. Die Beklagte errechnete nach Umrechnung der KM in EURO einen erstattungsfähigen Betrag von 370,18 EUR, den sie dem Kläger in der Folgezeit erstattete.

Mit Datum vom 27. März 2004 wurde ferner eine handschriftliche Rechnung des Augenarztes Dr. HC über einen Pauschalbetrag von 2500 EUR übermittelt für augenärztliche Untersuchungen und Therapie, die Messung des Augendruckes sowie die Verabreichung von Substanzen in der Zeit vom 18. November 2003 bis 27. März 2004. Beigelegt war eine Auflistung von elf Behandlungsdaten im genannten Zeitraum. Die Beklagte teilte dem Kläger hierzu mit, dass der Rechnungsbetrag über 2500 EUR nicht nachvollziehbar sei. Unter Zugrundelegung einer Aufstellung des beratenden Augenarztes Dr. J vom 2. Juni 2004 mit einer Auflistung der von Dr. C genannten einzelnen Tätigkeiten und den entsprechenden in Deutschland hierfür geschuldeten Gebühren errechnete die Beklagte zunächst einen Erstattungsbetrag von 452,31 EUR, den sie dem Kläger auszahlte. Hinsichtlich der Kosten einer mitgeteilten Laboruntersuchung forderte sie weitere Unterlagen an. Dr. H C übermittelte daraufhin eine Aufstellung vom 22. Juni 2004 über im Einzelnen erbrachte Behandlungen im genannten Zeitraum. Mit Schreiben vom 4. August 2004 teilte die Beklagte mit, dass zwar grundsätzlich bei nicht funktionierender Sachleistungsaushilfe im Ausland die Möglichkeit der Selbstbeschaffung durch den Versicherten mit anschließender Kostenerstattung bestehe. Die grob gerasterten Abrechnungen des Arztes in 10EUR-Schritten zu erheblich überhöhten Preisen seien jedoch nicht nachvollziehbar. Die berufsgenossenschaftliche Kostenerstattung erfolge auf der Basis einer Gebührenordnung. Eine Vergütung aufgrund höherer Abrechnungen sei nicht möglich.

Die Krankenversicherungsanstalt des Kantons Herzegowina-Neretva teilte auf Anfrage der Beklagten mit Schreiben vom 7. Oktober 2004

mit, selbst die Kosten der Behandlung nicht zu übernehmen, da diese in einer ärztlichen Privatpraxis entstanden seien, die keinen abgeschlossenen Vertrag mit ihr als Krankenversicherungsanstalt habe. Mit weiterem Schreiben vom 6. Dezember 2004 teilte die Krankenversicherungsanstalt mit, eine "Umfrakturierung" der Rechnung des Dr. H C nach den Preisen, die in der Preisliste der Krankenversicherungsanstalt "HNZ/K" in Mostar verzeichnet seien, vorgenommen zu haben, danach würde der Gesamtbetrag für die abgerechneten Leistungen 2637,00 KM betragen, unter der Voraussetzungen, dass die Leistungen in einer mit ihr vertraglich verbundenen Institution gewährt worden wären. Mit Bescheid vom 17. Januar 2005 teilte die Beklagte unter Zugrundelegung dieses in 1.348,28 Euro umgerechneten Betrages dem Kläger daraufhin mit, dass die Behandlungskosten des Dr. H C bei Leistungserbringung in einer vertraglich verbundenen Institution nach der Preisliste der Krankenversicherungsanstalt Herzegowina 1348,28 EUR betragen hätten, dieser Betrag werde gezahlt; abzüglich bereits gezahlter 452,31 EUR würden daher 945,97 EUR nachgezahlt. Den hiergegen erhobenen Widerspruch, mit dem ausgeführt wurde, dass die Augenoperation deshalb bei Dr. H C durchgeführt worden sei, weil diese nicht verschoben werden können, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28. April 2006 zurück. Ausgeführt ist, dass die Liquidation des Dr. HC vom 22. Juni 2004 nach geltenden deutschen Inlandssätzen einen Erstattungsbetrag von 737,23EUR ergeben hätte. Unter Zugrundelegung des Abkommens der Bundesrepublik Deutschland und der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien über Soziale Sicherheit vom 12. Oktober 1968, das weiterhin anzuwenden sei, da es zwischen der Republik Bosnien und Herzegowina und Deutschland noch kein eigenständiges Sozialversicherungsabkommen gebe, und dessen Art. 22 Abs. 2, wonach für die Erbringung der Sachleistungen die für den Träger des Aufenthaltsortes maßgeblichen Rechtsvorschriften gelten, hätte die durchgeführte streitige Behandlung nach Auskunft der Krankenversicherungsanstalt Mostar umgerechnet 1348,28 EUR gekostet. Dieser Betrag sei zuerkannt und entsprechend überwiesen worden. Auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass nach deutschen Inlandsgesetzen der Erstattungsbetrag lediglich 737,23 EUR ergeben hätte, sei dieser Betrag mehr als angemessen und nicht zu beanstanden.

Die hiergegen gerichtete Klage hat das Sozialgericht Berlin, nach zwischenzeitlichem Ruhen des Verfahrens im Hinblick auf einen Vorlagebeschluss des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23. Mai 2006 ([B 13 RJ 17/05 R](#)), mit Gerichtsbescheid vom 20. April 2011 abgewiesen. Zur Begründung ist ausgeführt, dass kein Anspruch auf Erstattung des Differenzbetrages zwischen 2.500 EUR und 1.348,28 EUR also 1.151,72 EUR bestehe. Bei im Ausland erbrachten Leistungen gelte das Prinzip der Sachleistungsaushilfe. Lasse sich dieses Sachleistungsprinzip im Ausland nicht umsetzen, so seien dem Versicherten die ihm entstandenen Kosten in angemessener Höhe unter Berücksichtigung der Vorschrift des [§ 97 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch, Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) zu erstatten. Nach dieser Vorschrift erhielten Berechtigte, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, nach dem SGB VII für alle nicht von vornherein als Geldleistung zu erbringenden sonstigen Leistungen im Hinblick auf die entstandenen Kosten eine angemessene Erstattung. Unter angemessener Kostenersatzung sei eine Erstattung grundsätzlich in voller Höhe, aber begrenzt auf vergleichbare deutsche Inlandssätze zu verstehen. Die nach [§ 97 SGB VII](#) dem Versicherten in Ausnahmefällen zugestandene Selbstbeschaffung der Heilbehandlung könne nicht dazu führen, dass vom deutschen Unfallversicherungsträger weit überhöhte ärztliche Liquidationssätze erstatten würden. Eine Erstattung im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach deutschen Inlandssätzen hätte vorliegend einen Betrag von 563,06 EUR ergeben, wie die Beklagte mit Schriftsatz vom 18. Januar 2011 und abweichend vom Widerspruchsbescheid nachvollziehbar dargelegt hätte. Unzutreffend sei daher der Einwand des Klägers, dass bei seiner Behandlung im Inland von einem höheren Rechnungsbetrag ausgegangen werden müsse als von dem von Dr. HC liquidierten. Unter der Prämisse, dass auf den vorliegenden Rechtsstreit auch nach dem Zerfall des Staates Jugoslawien das im Jahre 1968 geschlossene deutsch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen weiterhin Anwendung finde, habe die Beklagte dem Kläger Kosten der Heilbehandlung in Höhe von 1.348,28 EUR erstattet. Dem habe zugrunde gelegen, dass nach Art. 22 Abs. 2 des Abkommens für die Erbringung von Sachleistungen die für den Aufenthaltsort maßgeblichen Rechtsvorschriften gelten. Die Erstattung sei demnach in einer Höhe erfolgt, die deutlich oberhalb des Betrages liege, der nach den vergleichbaren Inlandssätzen hätte erstattet werden müssen. An der Höhe des Erstattungsbetrages von 1.348,28 EUR bestünden keine Zweifel. Dieser Betrag beruhe auf einer von der Beklagten eingeholten Auskunft der Krankenversicherungsanstalt in Mostar/Republik Bosnien und Herzegowina. Es ergäben sich keine Anhaltspunkte und seien seitens des Klägers auch nicht vorgetragen worden, dass die Berechnung dieses Betrages nach dem o. g. Grundsatz unzutreffend wäre. Offen bleiben könne nach allem, welche der beiden vorgenannten Rechtsanwendungs-Alternativen hier zur Anwendung komme, da die Beklagte zugunsten des Klägers die ihm vorteilhaftere Alternative zugrunde gelegt habe.

Gegen diesen ihm am 3. Mai 2011 zugegangenen Gerichtsbescheid richtet sich die am 3. Juni 2011 eingegangene Berufung des Klägers. Der Kläger trägt vor, dass er als medizinischer Laie nicht in der Lage gewesen sei, die Dringlichkeit seiner Augenbehandlung zu beurteilen. Der Rat über die Dringlichkeit sei ihm gegenüber von den Ärzten erteilt worden. Dies sei maßgeblich im Schreiben vom 7. Oktober 2010 so festgehalten. Ihm sei auch nicht bekannt, welches Vertragskrankenhaus ihn ansonsten hätte behandeln können. Angemessen seien tatsächlich angefallene Kosten. In diesem Rahmen gelte grundsätzlich das Prinzip der freien Arzt- bzw. Leistungserbringerwahl. Innerhalb der Auswahl seien die Standards deutscher Versorgung durch Leistungserbringer zu beachten.

Aus dem Vorbringen des Klägers folgt sein Antrag,

den Gerichtsbescheid des Sozialgericht Berlin vom 20. April 2011 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung ihres Bescheides vom 17. Januar 2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 28. April 2006 zu verurteilen, ihm weitere 1151,72 EUR für die in der Zeit vom 18. November 2003 bis 27. März 2004 erfolgte Behandlung durch Dr. H C zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger hat sich mit Schriftsatz vom 28. September 2011, die Beklagte hat sich mit Schriftsatz vom 13. Oktober 2011 mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie den der Verwaltungsakte der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung konnte mit Einverständnis der Beteiligten gem. [§ 124 II Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden werden.

Die Berufung ist zulässig, aber nicht begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 17. Januar 2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 28. April 2006 und der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 20. April 2011 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Erstattung weiterer Behandlungskosten im beantragten Umfang.

Ein Anspruch des Klägers auf Heilbehandlung wegen der Unfallfolgen bestand gem. [§ 27 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII](#), wonach die Heilbehandlung ärztliche Behandlung umfasst. Grundlage für die Erstattung von für die Heilbehandlung aufgewendeten Kosten ist vorliegend, da der Kläger seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, [§ 97 Nr. 2 SGB VII](#), wonach Berechtigte, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, nach diesem Buch für alle nicht von vornherein als Geldleistung zu erbringenden sonstigen Leistungen eine angemessene Erstattung entstandener Kosten erhalten. Der Kläger hat auf dieser Grundlage keinen Anspruch auf die Erstattung weiterer Heilbehandlungskosten über den von der Beklagten erstatteten Betrag hinaus. Zur Begründung wird zunächst gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die Ausführungen im erstinstanzlichen Gerichtsbescheid verwiesen, denen sich das Gericht nach eigener Prüfung anschließt und die auf Vermeidungen von Wiederholungen vollumfänglich Bezug genommen wird.

Erstinstanzlich ist bereits dargelegt worden, dass jedenfalls die Erstattung von Kosten über den seitens der Beklagten anerkannten Betrag von 1.348,28 EUR hinaus nicht mehr angemessen wäre, mit der Folge, dass die Beklagte eine weitergehende Erstattung zu Recht abgelehnt hat. Dahingestellt bleiben kann vorliegend, ob angemessen lediglich eine Erstattung bis zur Höhe der tatsächlichen Kosten in dem Umfang sind, in dem sie im Inland angefallen wären (so Ricke in Kassler Kommentar, [§ 97 SGB VII](#) Rdnr. 3 a unter Verweis auf ein Rundschreiben HVBG-Infor 1997, 1216), und ob auch im Ausland übliche Sätze lediglich begrenzt durch den Inlandssatz übernommen werden können. Denn die Beklagte hat vorliegend den Erstattungsbetrag gerade nicht durch Inlandssätze begrenzt, sondern die im Land der Leistungserbringung üblichen Sätze vertraglicher Leistungserbringer der öffentlichen Krankenanstalten herangezogen, als sie dem Kläger nicht lediglich den nach Inlandssätzen geschuldeten Betrag von 563,06 EUR bzw. 737,23 EUR, sondern den seitens des bosnisch-herzegowinischen Trägers benannten Betrag für eine Leistungserbringung vor Ort erstattet hat. Zweifel an der Richtigkeit der Höhe dieses Betrages, der auf der Auskunft des bosnisch-herzegowinischen Trägers beruht, bestanden nicht.

Dahingestellt bleiben konnte nach allem, ob das deutsch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 12. Oktober 1968 (BGBl II 1969, 1437, 1438) in der Fassung der Änderung vom 30. September 1974 (BGBl II 1975 Seite 389, 390) noch Anwendung findet, da die Beklagte die nach dessen Artikel 22 Abs. 2 zugrunde zu legenden Rechtsvorschriften, die für den Träger des Aufenthaltsortes maßgebend sind und damit die für den Kläger günstigere Rechtsanwendungsalternative bei der Berechnung der Höhe des von ihr erstatteten Betrages bereits zugrunde gelegt hat.

Das Vorbringen des Klägers, auch das im Berufungsverfahren, führte zu keinem anderen Ergebnis. Soweit der Kläger wiederholt ausgeführt hat, dass die Kosten bei Dr. H C dadurch begründet worden seien, dass die durchgeführte Augenoperation nicht hätten verschoben werden können, ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der streitgegenständlichen Rechnung über 2.500 EUR nicht um die Rechnung für die Operation handelt. Die Rechnung für die Operation datierte vom 5. November 2003, sie stammte nicht von Dr. H C, sondern von Dr. F/Prof. Dr. Sund belief sich lediglich auf 724 KM, diese Kosten sind von der Beklagten erstattet worden und nicht Gegenstand des Verfahrens. Bei der streitgegenständlichen Rechnung des Dr. H C handelte es sich vielmehr um die Rechnung für mehrere ambulante Untersuchungen und Behandlungen durch einen niedergelassenen Augenarzt, die sich ab November 2003, also nicht einmal zeitnah zur Operation vom 04. Juli 2003, über mehrere Monate erstreckten und bei denen bereits deshalb von Eilbedürftigkeit nicht auszugehen ist. Weshalb für diese Behandlung kein einziger in vertraglichen Beziehungen zur örtlichen Sozialversicherungsanstalt stehender Augenarzt in Betracht gekommen sein sollte, ist nicht ersichtlich. Es ist vom Kläger trotz Aufforderung nicht dargelegt worden, weshalb diese ambulanten Untersuchungen und Behandlungen nicht durch irgendeinen anderen Augenarzt, der mit der Krankenversicherungsanstalt Bosnien Herzegowina vertraglich gebunden war, hätte durchgeführt werden können. Der pauschale Verweis, dass die Standards deutscher Versorgung durch Leistungserbringer zu beachten sein, war insoweit ebenfalls nicht ausreichend. Auch der pauschale Verweis auf deutsche Standards führt insoweit nicht weiter. Es fehlt jeder überprüfbare Vortrag dahin, weshalb Dr. H C diesen Standards in größerem Umfang als andere niedergelassene Augenärzte vor Ort genügt haben sollte. Soweit seitens des Klägers gerügt wurde, dass nicht dargelegt worden sei, welche Kosten bei deutscher Versorgung entstanden wären, wird auf die ausführliche Berechnung der Beklagten im Anhang von ihrem Schriftsatz vom 18. Januar 2011 verwiesen, wonach bei Abrechnung nach Inlandssätzen gemäß der Gebührenordnung für Ärzte, also bei privatärztlicher Abrechnung, Gebühren in Höhe von 563,06 EUR angefallen wäre.

Nach alledem war den Berufung daher zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#), sie folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Gründe für die Zulassung der Revision gem. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2](#) lagen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-09-03