

**AOK-Bundesverband, Bonn**

**Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen**

**IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach**

**See-Krankenkasse, Hamburg**

**Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel**

**Bundesknappschaft, Bochum**

**Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg**

**AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**

---

**17. Februar 2005**

**Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen**

**hier: Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland**

Seit dem 01.01.2004 wird den Versicherten der GKV grundsätzlich die Möglichkeit eingeräumt, Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft (EG) sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können. Hierzu haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) mit der Gemeinsamen Empfehlung zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 19.11.2003 Auslegungshinweise für eine einheitliche Rechtsanwendung in der Praxis der gesetzlichen Krankenversicherung herausgegeben.

Ergänzend zu dieser Gemeinsamen Empfehlung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die relevanten Aussagen für die Erbringung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland als Praxishilfe zusammengestellt.

## 1. Rechtsgrundlagen

Nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist eine Leistungserbringung durch die Gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich auf den Geltungsbereich des Gesetzes, d.h. das Inland, beschränkt. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gemäß §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V sind im Ausland daher nur unter bestimmten Voraussetzungen bewilligungsfähig.

§ 13 Abs. 4 SGB V räumt den Versicherten grundsätzlich die Möglichkeit ein, Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können.

Leistungsansprüche bestehen bei vorübergehendem Aufenthalt im EG-/EWR-Ausland auf Basis von verschiedenen Rechtsgrundlagen:

1. Auf Basis des überstaatlichen Rechts im Rahmen der EWG-Verordnungen über soziale Sicherheit Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 grundsätzlich als **Sachleistung**.
2. Auf Basis des innerstaatlichen Rechts im Rahmen des § 13 Abs. 4 Satz 1 - 5 SGB V in Verbindung mit der jeweiligen Satzung der Krankenkasse (**Kostenerstattung**).
3. Die Krankenkasse kann die Kosten für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen ganz oder teilweise in den Fällen übernehmen, in denen eine entsprechende **Behandlung einer Krankheit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nur im Ausland möglich ist** (§§ 13 Abs. 4 Satz 6, 18 Abs. 1 SGB V, vgl. Ziffer 7 dieser Gemeinsamen Empfehlung). Voraussetzung ist, dass die Krankheit – unabhängig vom Einzelfall – nicht im Inland behandelt werden kann.

Von Bedeutung für die Durchführung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland sind die oben unter Nummer 2 und 3 aufgeführten Rechtsgrundlagen. Hierauf beziehen sich die folgenden Aussagen in der Gemeinsamen Empfehlung.

## 2. Übersicht über Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben auf Grund einer Anfrage der DVKA bei den ausländischen Verbindungsstellen vom 09.02.2004 die rechtlichen Gegebenheiten im jeweiligen Krankenversicherungssystem des ausländischen Staates geprüft. Die leistungsrechtlichen Bewertungen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen sind in einer tabellarischen Übersicht zusammengefasst (vgl. Anlage 1).

Übereinstimmend fehlen in den ausländischen Staaten rechtliche Grundlagen für die Durchführung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V (vgl. Ziffer 5).

Bei den Staaten, deren Verbindungsstelle nicht auf die DVKA-Anfrage geantwortet hat, unterstellen die Spitzenverbände der Krankenkassen, dass die rechtlichen Voraussetzungen für die Erbringung von Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen nicht gegeben sind. Von daher können die Spitzenverbände in diesen Ländern keine Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen empfehlen.

Die Übersicht wird bei Änderungsbedarf zeitnah aktualisiert und den Krankenkassen übermittelt.

### **3. Leistungserbringer**

Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch der Versicherten nach § 13 Abs. 4 SGB V ist, dass diese nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen haben,

- bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Union sind (z.B. Ärzte, Masseur, Krankengymnasten) oder
- die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind („Vertrags-Einrichtungen“ für Vorsorge und Rehabilitation, z.B. Kliniken und Thermaleinrichtungen, vgl. § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Hierzu hat die DVKA den Krankenkassen entsprechende Verzeichnisse für den Bereich Vorsorge und Rehabilitation zur Verfügung gestellt. Es haben jedoch nicht alle Länder, die die DVKA-Anfrage (vgl. Ziffer 2) beantwortet haben, solche Verzeichnisse übermittelt. Bei deren Fehlen kann aus Praktikabilitätsgründen unterstellt werden, dass die obigen Voraussetzungen erfüllt sind.

### **4. Verträge mit Leistungserbringern**

Nach § 140e SGB V können die Krankenkassen Verträge mit ausländischen Leistungserbringern, die die Voraussetzungen nach Ziffer 3 erfüllen, schließen. Sofern vertragliche Beziehungen beabsichtigt sind, wird empfohlen, in diesen Verträgen auch Regelungen zur Qualitätssicherung aufzunehmen. Es wird davon ausgegangen, dass ausländische Einrichtungen die gleichen Qualitätsanforderungen wie inländische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfüllen müssen.

### **5. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter**

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V können nach dem derzeitigen Kenntnisstand **nicht** im Ausland durchgeführt werden, da derartige Leistungen nicht im jeweiligen Krankenversicherungssystem der ausländischen Staaten vorgesehen sind. Aktuell ist davon auszugehen, dass entsprechende Leistungsangebote nur in Deutschland existieren.

### **6. Besonderheiten bei Rehabilitationsleistungen im Ausland**

Bei Rehabilitationsleistungen im Ausland ist zu beachten, dass deren konzeptionelle Ausrichtung anders als in Deutschland ausgerichtet sein kann. Nach heutigen rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnissen ist bei nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Krankheitsauswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe und deren Wechselbeziehungen mit Kontextfaktoren eine Rehabilitation mit der Einbeziehung des sozialen (und beruflichen) Umfeldes zu fordern. Auch ein nahtloser Übergang in die Nachsorge muss gesichert sein. Diese Forderungen sind bei der Durchführung der Rehabilitation im Ausland nicht oder nur bedingt zu erfüllen.

Gleichwohl wird im Einzelfall abzuwägen sein, ob die Leistung im Ausland (z.B. Heimatland) unter Berücksichtigung der berechtigten Wünsche der Versicherten (§ 33 SGB I, § 9 SGB IX) durchgeführt werden kann.

## **7. Kostenübernahme nach §§ 13 Abs. 4 Satz 6 und 18 Abs. 1 SGB V (Behandlung nur im Ausland möglich)**

Eine volle oder teilweise Kostenübernahme für die **Behandlung einer Krankheit ausschließlich im Ausland** (in und außerhalb des EG-/EWR-Auslandes) kommt nur dann in Betracht, wenn die angewandte Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, d.h. der Erfolg der Methode muss wissenschaftlich fundiert sein. Die Übernahme der Kosten einer Auslandsbehandlung ist ausgeschlossen, wenn zwar eine bestimmte, vom Versicherten bevorzugte Therapie nur im Ausland erhältlich ist, in Deutschland jedoch andere, gleich oder ähnlich wirksame und damit zumutbare Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen (BSG vom 16. Juni 1999 - B 1 KR 4/98 R -). Daher ist im Einzelfall unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs, der Behandlungsergebnisse, der medizinischen Indikation und der bisher durchgeführten Maßnahmen sorgfältig unter Einschaltung des MDK zu prüfen, ob die beantragte Vorsorge-/Rehabilitationsleistung ausschließlich im Ausland, z.B. am Toten Meer/Israel bzw. Jordanien und in Davos/Schweiz, erbracht werden kann.

Die Höhe der Kostenübernahme (voll oder teilweise) hat die Krankenkasse im Einzelfall festzulegen.

## **8. Antragsverfahren, Bewilligung**

Ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im EG-/EWR-Ausland sind wie im Inland vor ihrem Beginn unter Beifügung einer ärztlichen Verordnung bzw. eines Befundberichtes zu beantragen und durch die Krankenkasse ggf. nach vorheriger Einschaltung des MDK zu entscheiden.

Im Falle einer Bewilligung von stationären Vorsorgeleistungen oder ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (vgl. §§ 23 Abs. 5 Satz 1 und 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Bei der Auswahl der ausländischen Leistungserbringer sind die vorhandenen Verzeichnisse (vgl. Ziffer 3) zu beachten.

Im Interesse der weiteren Versorgung des Versicherten durch den behandelnden Arzt am Wohnort ist ein ärztlicher (Entlassungs-)Bericht, möglichst in deutscher Sprache, wünschenswert.

Eine nachträgliche Kostenerstattung scheidet auf Grund fehlender Möglichkeiten zur Prüfung der Notwendigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen aus.

## **9. Verfahren der Kostenerstattung**

Die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 Satz 1 - 5 SGB V können Versicherte, die sich in einem anderen EWR-Staat behandeln lassen, nur dann beanspruchen, wenn alle nach deutschem Recht maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. Ziffer 8).

Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen – so genannter **Verwaltungskostenabschlag** – vorzusehen. Darüber hinaus sind die gesetzlichen Zuzahlungen (auch Praxisgebühr, Ordnungsgebühr, Eigenanteil) in Abzug zu bringen.

Der Verwaltungskostenabschlag wird auf der Basis des festgestellten Erstattungsbetrages ermittelt.

Erforderlich für eine Kostenerstattung ist die Vorlage quittierter und spezifizierter Rechnungen (Name, Vorname des Versicherten, Bezeichnung der Leistung, Betrag, Datum der Abgabe, Stempel der abgebenden Stelle) sowie z.B. bei der Abgabe von Heilmitteln im Rahmen ambulanter Vorsorgeleistungen am Kurort gemäß § 23 Abs. 2 SGB V eine (kur-)ärztliche Verordnung.

Damit die Krankenkasse eine möglichst genaue Kostenerstattung vornehmen kann, ist ggf. eine detaillierte Übersetzung der Auslandsrechnung und ggf. der ärztlichen Verordnungen unverzichtbar. Sollte sich aus den eingereichten Unterlagen in ausländischer Sprache der Sachverhalt nicht eindeutig nachvollziehen lassen, so hat der Versicherte eine beglaubigte oder von einem öffentlich bestellten vereidigten Dolmetscher oder Übersetzer angefertigte Übersetzung vorzulegen. Bezüglich der Übersetzungskosten ist § 19 Abs. 2 SGB X zu beachten.

## **10. Höhe der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 Satz 1 - 5 SGB V**

Der Leistungsumfang richtet sich nach dem SGB V (§§ 23 und 40 SGB V) und nicht nach den Bestimmungen im jeweiligen Krankenversicherungssystem des ausländischen Staates.

Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Hiervon abweichend besteht ein Anspruch auf volle oder teilweise Kostenübernahme in den Fällen nach §§ 13 Abs. 4 Satz 6 und 18 Abs. 1 SGB V (vgl. Ziffer 7).

Bei der Ermittlung der deutschen Vertragssätze für Kostenerstattungsfälle ist bei den verschiedenen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen Folgendes zu beachten:

### Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort

- |  |   |
|--|---|
| · (kur-)ärztliche Leistungen                 | Pauschale gemäß Kurarztvertrag, ggf. nach BMÄ/E-GO  |
| · Heilmittel nach den Heilmittel-Richtlinien | landes-/bundesweite Vergütungsliste mit Leistungserbringerverbänden                           |
| · Ortsgebundene Heilmittel                   | Orientierung an den mit deutschen Kurorten vereinbarten Vergütungen vergleichbarer Leistungen |
| · Gesundheitsförderungsmaßnahmen             | Orientierung an den mit deutschen Kurorten vereinbarten Vergütungen vergleichbarer Leistungen |
| · Sonstige Kosten                            | Zuschuss gemäß Satzung (§ 23 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V)                                       |

Ist der Rechnungsbetrag höher als die deutschen Vertragssätze, sind die Zuzahlungen auf der Grundlage der Inlandssätze zu ermitteln.

Ist der Rechnungsbetrag niedriger als die deutschen Vertragssätze, sind die Zuzahlungen vom Rechnungsbetrag ausgehend zu ermitteln.

### stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

- Vergütungssatz einer vergleichbaren deutschen Einrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht und im Inland belegt worden wäre, unter Beachtung der Indikation und Erreichbarkeit

### ambulante Rehabilitation

- Vergütungssatz der nächsterreichbaren und zugelassenen ambulanten Rehabilitationseinrichtung unter Beachtung der Indikation

Die kalendertägliche Zuzahlung bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen bzw. bei ambulanter Rehabilitation die Zuzahlung je Behandlungstag gemäß § 23 Abs. 6 SGB V bzw. § 40 Abs. 5 und 6 SGB V ist zu berücksichtigen.

Der von der EG-Verwaltungskommission festgelegte Höchstbetrag von 1.000 Euro für Erstattungen von Aufwendungen während des vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat, bei dem eine Sachleistungsaushilfe nicht erreicht werden konnte (vgl. Beschluss Nr. 176 der EG-Verwaltungskommission vom 24.06.1999), ist nicht auf die Erstattungsfälle nach § 13 Abs. 4 Satz 1 - 5 SGB V anzuwenden.

Bei der Umrechnung der in Fremdwährung verauslagten Leistungsaufwendungen in Euro ist der Umrechnungskurs am Tag der Rechnungslegung maßgebend.

## **11. Fahrkosten**

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen am Kurort ist eine Fahrkostenerstattung ausgeschlossen; ggf. anfallende Kosten sind mit dem nach der Satzung möglichen täglichen Zuschuss zu den übrigen Kosten der Vorsorgeleistung abgegolten.

Bei stationären Vorsorgeleistungen sowie ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen kommt eine Fahrkostenerstattung als Nebenleistung nur für Fahrten vom Wohnort bis zur nächsten geeigneten inländischen Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht bzw. die zur ambulanten Rehabilitation zugelassen ist, und zurück in Betracht. Bei ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen sind keine Zuzahlungen zu Fahrkosten zu leisten (§ 53 SGB IX i.V.m. § 60 Abs. 5 SGB V).

Bei Leistungen nach §§ 13 Abs. 4 Satz 6 und 18 Abs. 1 SGB V (Behandlung nur im Ausland möglich, vgl. Ziffer 7) sind die anfallenden Fahr- und andere Reisekosten, ggf. abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung, ganz oder teilweise zu übernehmen.