

Der Norm liegt – wie bisher in § 14 SGB VI – das Verständnis zu Grunde, dass Teilhabeleistungen grundsätzlich im Inland zu erbringen sind (BT-Drs 14/5074 S 103). Ob eine Teilhabeleistung im Ausland ausgeführt werden kann, ist im Übrigen weiterhin auch nach § 30 SGB I zu beurteilen, wonach Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts unberührt bleiben. Zu beachten ist danach das Recht der Europäischen Gemeinschaft für Leistungen in Staaten der Europäischen Gemeinschaften und des Europäischen Wirtschaftsraums, insbesondere zur Freizügigkeit der Arbeitnehmer (Art 39 EG-Vertrag in der Fassung des Vertrags von Nizza), zur Warenverkehrsfreiheit (Art 28 EG-Vertrag), zur Dienstleistungsfreiheit (Art 49 EG-Vertrag) sowie die Verordnung EWG 1408/71 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer.

Nach Art 4 Abs 1 VO 1408/71 umfasst ihr Anwendungsbereich nur Leistungen bei Krankheit, Invalidität Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie Arbeitslosigkeit,

sodass nicht alle Teilhabeleistungen nach dem SGB IX erfasst werden (zB Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 5 Nr 4). Völlig ausgeschlossen sind nach Art 4 Abs 4 VO 1408/71 die Systeme der Sozialhilfe und der Kriegsopferversorgung.

Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind im Rahmen der VO 1408/71 den Leistungen bei Krankheit (Art 18ff) zuzuordnen und zwar auch dann, wenn sie in der Trägerschaft der Rentenversicherung dem Schutz vor Invalidität dienen (EuGH 1980, 2729; BSG SozR 3-2200 § 1241 Nr. 3). Obwohl das europäische Recht sich auf die Systeme der abhängig Beschäftigten beschränkt und die staatliche Fürsorge nicht erfasst, muss berücksichtigt werden, dass das SGB IX die Träger der Sozialhilfe im Rahmen des Behindertenrechts über die Eigenschaft eines Trägers der Fürsorge hinaus als Rehabilitationsträger mit den übrigen Rehabilitationsträgern gleichstellt (§ 6 Abs 1 Nr 7). Zudem übernehmen die Krankenkassen nach § 264 Abs 2 SGB V seit dem Inkrafttreten des GMG am 1.1.2004 die Krankenbehandlung für Leistungsbezieher nach dem SGB XII, die wiederum als Hilfe bei Krankheit nach § 43 SGB XII Anspruch auf Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel, Fünften Abschnitt, Ersten Titel des Fünften Sozialgesetzbuches haben. Eine unterschiedliche Behandlung der Bezieher von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zwischen Krankenversicherung und Sozialhilfe ist danach nicht mehr zu rechtfertigen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind zumindest insoweit Gegenstand des europäischen Rechts, als sie für Arbeitslose oder für Menschen erbracht werden, deren Arbeitsplatz konkret gefährdet ist (EuGH 1987, 2347).

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden durch das europäische Recht nicht erfasst.

Werden Teilhabeleistungen auf Grund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erforderlich, sind dagegen nach Art. 52 VO 1408/71 die Leistungen aller Leistungsgruppen des § 5 auch Bestandteil des europäischen Rechts.

5

4. Voraussetzungen. Voraussetzung für die Ausführung einer Teilhabeleistung im Ausland ist die gleiche Qualität, die gleiche Wirksamkeit sowie eine im Verhältnis zur Ausführung im Inland erhöhte Wirtschaftlichkeit der auszuführenden Leistungen. Die Ausführung einer Teilhabeleistung im Ausland ist nicht dadurch gehindert, dass der Rehabilitationsträger bisher mit dem ausländischen Leistungsanbieter keine Verträge über die Leistungserbringung eingegangen ist. Die Rehabilitationsträger müssen ihre sonstigen im Zusammenhang mit der Ausführung der Leistungen (§ 17) bestehenden Pflichten (zB Verträge nach § 21) so wahrnehmen, dass sie die Anwendung des § 18 nicht hemmen.

6

Zum Begriff der **Wirksamkeit** vergl. § 10 Rn 13, 14. Danach müssen evidenz-basierte Unterlagen vorliegen, nach denen die Einrichtung im Ausland nach ihrer Struktur-, Prozess- und

Ergebnisqualität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geeignet ist, mit ihren Leistungen die Ziele der §§ 1, 4 Abs 1 zu erreichen. Gleiche **Qualität** erfordert den Nachweis, dass die ausländische Einrichtung über ein gleichwertiges internes Qualitätsmanagements iSd § 20 Abs 2 verfügt. Darüber hinaus müssen ihre Leistungen regelmäßig den in der gemeinsamen Empfehlung nach § 20 Abs 1 sowie den Verträgen nach § 21 Abs 1 Nr 1, 3 – 5 geregelten Qualitätsanforderungen entsprechen, aus denen sich der Leistungsstandard vergleichbarer inländischer Einrichtungen (Zur Teilnahme an vergleichenden Qualitätsanalysen vergl Rn 12)

7

Weiterhin muss die Leistung im Ausland wirtschaftlicher ausgeführt werden können als im Inland. Eine im Verhältnis zur Ausführung im Inland nur gleiche Wirtschaftlichkeit gestattet die Ausführung im Ausland nicht. Eine Leistung dürfte im Ausland dann wirtschaftlicher ausgeführt werden, wenn sie bei gleicher Qualität und Wirksamkeit mit geringeren Kosten verbunden ist. Dabei ist die Gesamtheit aller mit der Leistungsausführung verbundenen Kosten aller Rehabilitationskosten (einschl.

Fahrkosten usw) zu würdigen. Sie ist aber auch dann wirtschaftlicher, wenn sie trotz

- mit Blick auf das Ergebnis - vertretbarer Mehrkosten wegen ihrer Nachhaltigkeit bezogen auf die Erreichung der Rehabilitationsziele im Vergleich zu Leistungen im Inland wirksamer ist (zB medizinische Leistungen zur Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen im Hochgebirgsklima). Wirtschaftlicher ist auch die Leistung, deren Qualität bei gleichem oder geringerem Preis höher ist als im Inland.

Ein Wirtschaftlichkeitsvergleich erübrigt sich, wenn nur die Einrichtung im Ausland über die am besten geeignete Form der Leistung verfügt, im Inland Leistungen mit gleicher Qualität und Wirksamkeit nicht verfügbar sind.

8

Hinsichtlich des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit wird im Übrigen auf die noch nach dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz bei der BAR getroffenen Gesamtvereinbarungen verwiesen:

-
- Gesamtvereinbarung über die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Durchführung der Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation vom 1. 9. 1983
- Gesamtvereinbarung über die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Durchführung der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation vom 1. 9. 1984

Beide Gesamtvereinbarungen (vergl. Anhang 8.3.1 und Anhang 8.1.1) sind auch nach Inkrafttreten des SGB IX gültig.

9

5. Auswahlermessen des Rehabilitationsträgers. Auf die Ausführung von Teilhabeleistungen im Ausland besteht kein Rechtsanspruch. Es besteht lediglich Anspruch auf fehlerfreie Ermessensausübung im Sinne des § 39 SGB I. Neben den genannten Leistungsvoraussetzungen sind die §§ 9 Abs 1, 17 Abs 1 Nr 3 und 19 Abs 4 Maßstab der Ermessensausübung. Danach muss die Rehabilitationseinrichtung

zur Erreichung der Rehabilitationsziele iSd §§ 1, 4 Abs 1 geeignet (§ 17 Abs 1 Nr 3)

sein, d.h., die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführen (§ 19 Abs 4).

Die Wunschrechte des Berechtigten nach § 9 Abs 1 werden durch diese Regelung insoweit eingeschränkt, als die in einer nicht wirtschaftlicheren Einrichtung im Ausland geltend gemachte

Ausführung kein berechtigter Wunsch iSd § 9 Abs 1 ist.

Dabei ist allerdings § 33 SGB I zu beachten, wonach im Einzelfall die gewünschte

Ausführung im Ausland aus objektiven persönlichen Gründen die am besten geeignete Form der Ausführung (§ 19 Abs 4) sein kann.

Des Weiteren schränkt diese Regelung auch das Recht nach § 9 Abs 2 ein, an Stelle der Sachleistung eine Geldleistung zu erbringen. Diese Regelung lässt eine Abweichung vom Grundsatz der Leistungserbringung im Inland nämlich ausdrücklich

nur für Sachleistungen, nicht jedoch für Geld- oder Dienstleistungen zu (anders

Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti § 18 Rn 8)

10

6. Ausführung in Ländern der Europäischen Gemeinschaft und des Europäischen Wirtschaftsraums

Im Anwendungsbereich der VO 1408/71 (Länder der Europäischen Gemeinschaft sowie des weiteren Europäischen Wirtschaftsraums) ist das nationale Recht – hier § 18 – europarechtskonform auszulegen, wobei insbesondere die in der VO enthaltenen Regelungen über die Sachleistungsaushilfe und die Rechtsprechung des EuGH zur Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit (EuGHE 1998, 1931 – *Kohll*,

EuGHE 1998, 1831 – *Decker*) zu beachten sind.

11

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist die Sachleistungsaushilfe nach Art 22 VO 1408/71 anzuwenden, soweit gegenständliche Sachleistungen oder einfache Dienstleistungen in dem betreffenden Staat bei einem nationalen Gesundheitssystem oder anderweitig als öffentlich-rechtliche Sachleistung oder privatwirtschaftlich zu beschaffen sind. Voraussetzung ist, dass im Vorwege eine Genehmigung des zuständigen Rehabilitationsträgers eingeholt wird (lit c) oder eine unverzüglich zu befriedigende Bedarfslage (zB Ersatzbeschaffung eines im Ausland zerstörten Hilfsmittels) besteht (lit a). Die im Vorwege einzuholende Genehmigung darf nicht verweigert werden, wenn die betreffende Behandlung zu den Leistungen gehört, die in den Rechtsvorschriften des Mitgliedsstaates vorgesehen sind, in dessen Gebiet der Betreffende sich derzeit aufhält und er in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit diese Behandlung nicht in dem Zeitraum erhalten kann, der für diese Behandlungen in dem Staat, in dem er seinen Wohnsitz hat, normalerweise erforderlich ist (vgl Art 22 Abs 1 Buchst c iVm Art 22 Abs 2 VO-EWG – Nr 1408/71, hier Stellungnahme der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, DVKA, in BT-Drucks 14/5508). Die bei der Entscheidung über die im Vorwege einzuholende

12

Genehmigung zu beachtenden Voraussetzungen des § 18 sind im Sinne des Rechts der Europäischen Gemeinschaft diskriminierungsfrei. Dabei darf das Vorhandensein einer gleichen Qualität und Wirksamkeit nur diskriminierungsfrei ermittelt werden.

Eine Diskriminierung läge vor, wenn zB von der ausländischen Einrichtung die Zugehörigkeit zu einem deutschen Qualitätssicherungssystem iSd § 20 Abs 1 verlangt würde. Die Gleichwertigkeit von Qualität und Wirksamkeit kann deshalb nur

durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachgewiesen werden, die die geforderte Gleichwertigkeit belegen (z.B. Konzeptbeschreibung, Verfahren nach Leitlinien bzw. evidenten Forschungsergebnissen usw.).Keine Diskriminierung stellt dagegen die Forderung nach einem Qualitätsmanagement (§ 20 Abs 2) dar, weil die Vorhaltung eines Qualitätsmanagements weltweit wissenschaftlich belegt und international

anerkannte Voraussetzung für die Gewährleistung bestimmter Qualitätsstandards ist (z.B. Total Quality Management –TQM-, European Foundation – EFQM -, Resident Assessment Instruments – RAI/RUG -).

13

Für Leistungen in Einrichtungen sind die zur Krankenhausbehandlung ergangenen Urteile des EuGH in den Rechtssachen *Smits, Peereboms* und *Vanbaekel* bedeutsam (C-157/99, NJW 2001 S 3391ff). Der EuGH hat darin ausdrücklich anerkannt, dass auch stationäre Leistungen unter die Dienstleistungsfreiheit des EG-Rechts fallen. Dabei können allerdings Einschränkungen, die durch das Interesse der Mitgliedsstaaten an der Planbarkeit und Ressourcensteuerung im stationären Sektor ihres Gesundheitswesens bedingt sind, gerechtfertigt sein. Auf diesem Hintergrund ist §18 Für Leistungen in Einrichtungen als europarechtskonform anzusehen, weil der durch das Kriterium der höheren Wirtschaftlichkeit eingeräumte Vorrang der Leistungserbringung in Deutschland dem Schutz der Infrastruktur und ihrer Planbarkeit dient (so auch *Welti* in *Lachwitz/Schellhorn/Welti* § 18 Rn 12). Zudem besteht mit der Bindung der Leistungsgewährung an die Erreichbarkeit der Teilhabeziele in § 4 Abs 2 Satz 1 ein unmittelbarer ökonomischer Zusammenhang

zwischen Ressourcenbedarf, Ressourceneinsatz und Ressourcenaufwand

(Rechtsprechung des EuGH unter "<http://europa.eu.int/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang-de>").

14

Die im Recht der **gesetzlichen Krankenversicherung** (§§ 17, 18 SGB V) sowie dem Recht der Unfallversicherung (§ 97 SGB VII) für Leistungen im Ausland enthaltenen zusätzlichen Tatbestände bleiben unberührt (vergl. Rn 3). Dabei ist es bereits nach dem Wortlaut des § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB V, der sich ausschließlich mit der Kostenerstattung für eine „dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit außerhalb der Staaten der Europäischen Gemeinschaft“ befasst, zweifelhaft, dass sich diese Regelung überhaupt auf Teilhabeleistungen im Sinne des Neunten Sozialgesetzbuches erstreckt.

Seit dem Inkrafttreten des GMG am 1.1.2004 dürfen die Krankenkassen nach § 13 Abs 1 SGB V anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kosten nur erstatten, soweit es das Fünfte oder das Neunte Sozialgesetzbuch vorsieht. § 13 Abs 4 SGB V konkretisiert nachfolgend die Berechtigung des Versicherten, Leistungserbringer in Staaten der Europäischen Gemeinschaft sowie des Europäischen Wirtschaftsraums anstelle der Sach- und Dienstleistungen im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Dabei wird in Abs 5 nur noch für Krankenhausleistungen (§ 39 SGB V)

die vorherige Zustimmung der Krankenkasse gefordert, die nur versagt werden darf, wenn bestimmte Qualitätsmerkmale nicht erfüllt sind (wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Krankenbehandlung). Nach dem sprachlichen und inhaltlichen Kontext der Regelung (Abs 4 Satz 6, Abs 2) wird damit ebenfalls nur die Kostenerstattung bei Krankenbehandlungen, nicht jedoch bei Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen nach dem Neunten Sozialgesetzbuch konkretisiert. Da das Fünfte Sozialgesetzbuch somit keinerlei spezifische Regelungen für die Erstattung von Kosten für die im Ausland ausgeführten Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen enthält, richtet sich die Kostenerstattung in diesen Fällen nach § 7 SGB IX sowie entsprechend dem in § 13 Abs 1 SGB V enthaltenen Verweis auf das Neunte Sozialgesetzbuch, wie auch dem in Abs. 3 Satz 2 für die Kostenerstattung bei unaufschiebbaren Leistungen enthaltenen Verweis auf § 15 SGB IX, ausschließlich nach den Bestimmungen des SGB IX.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass – im Gegensatz zu den Leistungen der

Krankenbehandlung des Fünften Sozialgesetzbuches, die insbesondere im Ausland durchweg den Charakter selbstbeschaffter Leistungen haben – Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen nicht auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung, sondern nach einer umfassenden Feststellung der

Teilhabebeeinträchtigungen (§ 10) vom Rehabilitationsträger nur dann ausgeführt (§ 17) werden dürfen, wenn damit

voraussichtlich die Ziele der §§ 1, 4 Abs 1 erreicht werden können (§ 4 Abs 2 Satz 1). Sie haben deswegen nur dann den Charakter einer selbstbeschafften Leistung, wenn der Rehabilitationsträger dem im Rahmen der Ausübung der Wunsch- und Wahlrechte (§ 9) zustimmt, oder der Rehabilitationsträger seinen Pflichten nicht nachkommt und der Betroffene dadurch zur Eigenbeschaffung berechtigt ist.