

INFOS FÜR GRENZGÄNGER

2011

European Employment Services (EURES) heißt das Programm der EU zur Beförderung der Arbeitnehmermobilität über alle Grenzen in Europa hinweg. Die EURES Grenzpartnerschaft Bodensee vereint Arbeitsverwaltungen, Sozialpartner und öffentliche Einrichtungen aus Österreich, Liechtenstein, der Schweiz und Deutschland zu dem Ziel, einen offenen Arbeitsmarkt im Bodenseeraum zu schaffen. Dieses Faktenblatt ist der Broschüre »Infos für Grenzgänger« Bodensee entnommen und dient der Selbsthilfe; für verbindliche Auskünfte kontaktieren Sie bitte die angegebenen Adressen. Querverweise und Hinweise auf Adressen in genannten Kapiteln beziehen sich auf die Broschüre insgesamt.



Grenzüberschreitende soziale Sicherheit

DEUTSCHLAND

1

Krankenversicherung | Unfallversicherung | Vorsorge | Arbeitslosigkeit | Familien

1. Krankenversicherung

1.1 Grundsätzliches

Hinweis: In den folgenden Abschnitten werden einige Abkürzungen (z.B. EWR) verwendet, die für verschiedene Staatengruppen (z.B. Europäischer Wirtschaftsraum) stehen. Was sich hinter den Abkürzungen verbirgt und welche Staaten der jeweiligen Gruppen zuzurechnen sind, können Sie den Seiten 5 und 6 entnehmen.

Welche Rechtsgrundlagen gibt es?

Zwischen den 4 Staaten der Bodenseeregion kommen die europäischen Koordinierungsregeln im Bereich der Sozialen Sicherheit zur Anwendung, durch welche sichergestellt wird, dass Leistungen auch grenzüberschreitend in Anspruch genommen werden können.

Diese Regelungen sind im Verhältnis Deutschland und Österreich in der neuen EG-Verordnung Nr. 883/04 und im Verhältnis Schweiz und Liechtenstein derzeit noch in der EG-Verordnung Nr. 1408/71 sowie den jeweils dazugehörigen Durchführungsverordnungen festgehalten. Beide Verordnungen gelten zwischen Österreich, Deutschland, der Schweiz und Liechtenstein für Staatsangehörige des EWR und der Schweiz. Auf Drittstaatsangehörige finden sie nur innerhalb der EU und zwischen Österreich und Liechtenstein Anwendung. Zwischen Deutschland und der Schweiz gilt für Drittstaatsangehörige das Deutsch-Schweizerische Abkommen über Soziale Sicherheit.

Wo bin ich krankenversichert?

Sie sind in der Regel dort versichert, wo Sie arbeiten. Grenzgänger von Österreich nach Liechtenstein sowie Grenzgänger von Österreich oder Deutschland in die Schweiz können sich bei Nachweis einer Versicherung im Wohnsitzstaat von der Versicherungspflicht für Krankenpflege im Erwerbsstaat befreien lassen.

Wenn Sie in mehreren Staaten einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sind Sie nur in einem dieser Staaten krankenversichert. Sind Sie im Wohnsitzstaat als Arbeitnehmer beschäftigt, dann müssen Sie sich dort auch versichern. Wenn Sie im Wohnsitzstaat dagegen selbständig und gleichzeitig im Ausland unselbständig erwerbstätig sind, unterliegen Sie der Versicherungspflicht im Ausland. Von diesem Grundsatz

wird jedoch bei einer selbständigen Tätigkeit in Liechtenstein und der Schweiz abgewichen. In diesem Fall sind beide Beschäftigungsstaaten für die Sozialversicherung zuständig.

Was versteht man unter Sachleistungsaushilfe?

Darunter versteht man die Zusammenarbeit von Krankenversicherungen der verschiedenen Staaten mit dem Ziel, den Versicherten grenzüberschreitend Sachleistungen zu gewähren.

Wenn Sie im Erwerbsstaat krankenversichert sind, können Sie und Ihre mitversicherten Angehörigen Sachleistungen im Staat des Wohnsitzes nach den dort geltenden Rechtsvorschriften in Anspruch nehmen.

Wenn Sie im Wohnsitzstaat krankenversichert sind, wird Ihnen grundsätzlich auch im Staat, in dem Sie arbeiten, Behandlung und Versorgung gewährt. Genaueres finden Sie in den Abschnitten zu den einzelnen Staaten.

Die Sachleistungsaushilfe greift jedoch nur, wenn Sie bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Sind Sie bei einer Privatkrankenkasse bzw. zu einem Privattarif versichert, sollten Sie sich genau erkundigen, ob Sie auch Leistungen im jeweils anderen Staat in Anspruch nehmen können.

Was sind Sachleistungen, was sind Geldleistungen?

Sachleistungen umfassen beispielsweise ambulante und stationäre medizinische Behandlungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie gegebenenfalls die Rückvergütung der Kosten für solche Leistungen.

Geldleistungen stellen einen Ausgleich für den Lohnausfall bei Krankheit (Krankentaggeld, Krankengeld) und bei Mutterschaft (Mutterschaftsgeld, Wochengeld) dar.

In Liechtenstein und der Schweiz werden Sach- und Geldleistungen separat versichert. Sachleistungen werden von der Krankenpflegeversicherung, Geldleistungen von der Krankentaggeldversicherung abgedeckt.

In Österreich und Deutschland umfasst die gesetzliche Krankenversicherung für Arbeitnehmer sowohl Sachleistungen als auch Geldleistungen.

Sachleistungen können grenzüberschreitend in Anspruch genommen werden. Für Geldleistungen gelten dagegen immer die Vorschriften des Versicherungsstaates.



Wie wird die Sachleistungsaushilfe praktisch umgesetzt?

Wenn Sie im Erwerbsstaat versichert sind und Sie oder Ihre Familie am Wohnort zum Arzt gehen oder sonstige medizinische Leistungen in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie sich vorher an Ihre Krankenversicherung im Erwerbsstaat wenden und um Ausstellung des Formulars E 106 bzw. S1 bitten. Das Dokument wird von der Sie „betreuenden“ Krankenversicherung im Staat Ihres Wohnsitzes benötigt. Welche Kasse bzw. Einrichtung das ist, können Sie den Abschnitten zu den jeweiligen Staaten entnehmen. Diese, in der Versicherungssprache auch „aushelfende“ Kasse genannt, rechnet mit dem konsultierten Arzt, der Apotheke, dem Krankenhaus oder dem Therapeuten so ab, als wären Sie dort versichert. Anschließend werden Ihrer Krankenkasse die entstandenen Kosten über eine zwischenstaatliche Verbindungsstelle in Rechnung gestellt.

Von der „aushelfenden“ Kasse erhalten Sie eine spezielle Chipkarte, die Sie beim Arzt vorlegen. Sie können damit die gesetzlich vorgeschriebenen Sachleistungen im Staat des Wohnsitzes beanspruchen, als ob Sie dort versichert wären.

Sie sind dadurch aber nicht Mitglied dieser Krankenkasse. Das bedeutet, dass Sie sich, wenn Sie die Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) bzw. einen Auslandskrankenschein für medizinisch notwendige Maßnahmen während eines Auslandsaufenthalts außerhalb von Erwerbs- und Wohnsitzstaat benötigen, an die Kasse wenden müssen, an die Sie Versicherungsbeiträge zahlen.

Wo bin ich bei Arbeitslosigkeit oder als Rentner/Pensionist krankenversichert?

Bei Arbeitslosigkeit sind Sie im Staat des Wohnsitzes krankenversichert, wenn Sie dort Leistungen von der Arbeitslosenversicherung beziehen.

Als Rentner/Pensionist sind Sie in der Regel ebenfalls im Staat des Wohnsitzes krankenversichert. Wenn Sie nur Rente/Pension aus Erwerbstätigkeit im Ausland beziehen, müssen Sie sich dort versichern.

Dies sind allgemeine Richtlinien. Es empfiehlt sich, die Versicherungspflicht für den Einzelfall abklären zu lassen.

1.5 Krankenversicherung in Deutschland

In welchem Staat muss/kann ich mich versichern?

Wenn Sie in Deutschland beschäftigt sind, müssen sie sich dort bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichern, es sei denn, Ihr monatliches Bruttoeinkommen liegt über der Versicherungspflichtgrenze von 4.125,00€ (2011). In diesem Fall können Sie sich auch privat versichern. Wenn Sie außerhalb von Deutschland auch an Ihrem ausländischen Wohnsitz unselbständig erwerbstätig sind, müssen Sie sich dort versichern.

Für Geringverdiener mit einem Monatsverdienst bis 400€ und für kurzfristig Beschäftigte mit höchstens 2 Monaten oder 50 Arbeitstagen pro Kalenderjahr gelten Sonderregeln.

Unter welchen Krankenkassen kann ich wählen?

Sie können unter den gesetzlichen Krankenkassen frei wählen. Es gibt in der Regel keine Einschränkungen bezüglich Ihrer Berufsgruppe, Branche oder Betriebszugehörigkeit. Die Krankenkassen unterscheiden sich in Hinblick auf Zusatzbeiträge, Service, Übernahme zusätzlicher freiwilliger Leistungen wie alternative Heilmethoden oder bestimmte Krebstherapien und Angeboten an speziellen Präventionsprogrammen wie Ernährungsberatung oder Fitnessstraining. Zu den gesetzlichen Krankenkassen gehören:

- AOK,
- Innungskrankenkassen (IKK),
- Ersatzkassen (z.B. DAK, TK, ...),
- Betriebskrankenkassen (BKK).

Spätestens zum Arbeitsantritt müssen Sie Ihrem Arbeitgeber mitteilen, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse Sie versichert sein wollen. Die Anmeldung übernimmt der Arbeitgeber. Ein Wechsel ist erst nach einer Versicherungszeit von mindestens 18 Monaten zum Ende des übernächsten Monats möglich.

Wenn Ihr monatliches Bruttoeinkommen über der Versicherungspflichtgrenze von 4.125,00€ (2011) liegt, können Sie sich freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichern oder eine private Krankenversicherung abschließen.

Ist die Familie mitversichert?

In Deutschland sind nicht erwerbstätige Familienmitglieder

bei den gesetzlichen Krankenkassen beitragsfrei mitversichert. Eine Beschäftigung mit einem Einkommen von bis zu 400€ im Monat ist möglich.

Sind Sie in einer privaten Krankenversicherung, muss für jedes Familienmitglied eine extra Prämie gezahlt werden.

Wie hoch sind die Beiträge?

Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilen sich die Kosten der Krankenversicherung. Jedoch ist ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,9% allein vom Arbeitnehmer zu tragen.

Die aktuellen Beitragssätze (2011) entnehmen Sie der folgenden Tabelle:

	Allgemeiner Beitragssatz	Ermäßigter Beitragssatz
Arbeitnehmeranteil	8,2%	7,9%
Arbeitgeberanteil	7,3%	7%
Gesamt	15,5%	14,9%

Übersteigt Ihr monatliches Bruttoeinkommen die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze von 3.712,50€ (2011), dann wird der Teil, der über dieser Grenze liegt, nicht zur Beitragsberechnung herangezogen. Im Regelfall ist der allgemeine Beitragssatz zu entrichten. Der ermäßigte Beitragssatz gilt nur für Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben.

Sofern eine Krankenkasse mit den aufgeführten Beitragssätzen nicht auskommt, darf sie einen Zusatzbeitrag in beliebiger Höhe erheben.

Für die Pflegeversicherung ist ein Beitrag in Höhe von 1,95% zu entrichten, den Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte bestreiten. Kinderlose Arbeitnehmer ab 23 Jahren zahlen einen Aufschlag von 0,25%. Wer lediglich bis zu 400€ im Monat verdient, zahlt keine Sozialversicherungsbeiträge. Innerhalb der Gleitzone von 400,01€ bis 800€ gelten vergünstigte Beitragssätze.

Bei den privaten Krankenkassen richtet sich die Beitragshöhe nach Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen und gewählten Leistungen. Sie ist unabhängig vom Einkommen. Frauen,

ältere Menschen und Personen mit bestimmten Krankheitsrisiken zahlen höhere Prämien.

Seit dem 1. Januar 2009 müssen die privaten Krankenversicherer einen sogenannten Basistarif anbieten. Dieser Basistarif entspricht von den Leistungen her in etwa der gesetzlichen Krankenversicherung, wobei er den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten darf. Dieser Basistarif steht auch Kunden ohne Gesundheitsprüfung offen.

Ein Wechsel zurück zu einer gesetzlichen Krankenkasse ist nur möglich, wenn aufgrund eines geringeren Einkommens Versicherungspflicht eintritt. Ab dem 55. Lebensjahr ist dies nur noch eingeschränkt möglich.

Ich wohne in Österreich.

Kann ich mich auch dort behandeln lassen?

Ja, wenn Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Sie und Ihre Familienangehörigen können in Österreich Leistungen nach den österreichischen Vorschriften in Anspruch nehmen.

Hierfür müssen Sie sich an Ihre deutsche Krankenkasse wenden und mit dem Formular E 106 bzw. S1 um Übermittlung eines Betreuungsauftrags an die österreichische Gebietskrankenkasse bitten. Von dieser erhalten Sie dann die „e-card“ für die Behandlung in Österreich.

Ich wohne in der Schweiz.

Kann ich mich auch dort behandeln lassen?

Ja, wenn Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Sie und Ihre mitversicherten Familienangehörigen können in der Schweiz Leistungen der gesetzlichen Grundversicherung in Anspruch nehmen.

Hierfür müssen Sie sich von Ihrer deutschen Krankenkasse das Formular E 106 bzw. S1 ausstellen lassen und es an die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn senden. Eventuell schickt Ihre Krankenkasse das Formular auch direkt dorthin. Von dort erhalten Sie eine Karte, die Sie in der Apotheke, bei Krankenhausaufnahme und, falls erforderlich, beim Arzt vorlegen. Bei Arztbesuchen müssen Sie in einigen Kantonen die Arztrechnung selbst bezahlen und erhalten nach Einsenden der Rechnung den Betrag abzüglich der Kostenbeteiligung von der Gemeinsamen Einrichtung KVG zurückerstattet.

Welche Leistungen übernimmt die deutsche gesetzliche Krankenkasse?

Die Krankenkasse übernimmt in Deutschland Sachleistungen wie ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, verschreibungspflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Anteil am Zahnersatz, Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte, häusliche Krankenpflege sowie Vorsorgeuntersuchungen. Als versicherter Arbeitnehmer können Sie unter Vorlage Ihrer Versichertenkarte jederzeit in Deutschland zum Arzt gehen. Wollen Ihre mitversicherten Familienangehörigen Leistungen in Deutschland in Anspruch nehmen, sollten sie vorher bei der Krankenkasse abklären, ob die Kosten übernommen werden.

Die gesetzliche Krankenkasse gewährt außerdem die Geldleistungen Krankengeld und Mutterschaftsgeld. Sie zahlt ab der 7. Krankheitswoche Krankengeld in Höhe von 70% des Bruttoentgelts, maximal jedoch 90% des Nettoentgelts, für höchstens 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren.

Krankengeld können Sie auch während der Pflege eines

kranken, versicherten Kindes bis zum Alter von 12 Jahren erhalten, wenn es nach ärztlichem Zeugnis der vorübergehenden Pflege bedarf. Das Krankengeld wird in diesem Fall bis zu 10 Tage, bei Alleinerziehenden bis zu 20 Tage, pro Jahr und Kind gewährt.

Wann ist eine Kostenbeteiligung zu leisten und in welcher Höhe?

In Deutschland sind für fast alle Leistungen Zuzahlungen durch die Versicherten zu erbringen. Eine Jahresfranchise wie in der Schweiz gibt es bei den gesetzlichen Krankenkassen jedoch nicht. Beim Arztbesuch wird eine Praxisgebühr erhoben. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nur noch in wenigen Fällen von den Kassen erstattet. Der folgenden Tabelle können Sie entnehmen, wie hoch die Selbstbeteiligungen zurzeit ausfallen:

Leistung	Selbstbeteiligung (2011)
Arztbesuch (außer bei Überweisungen und bestimmten Vorsorgeuntersuchungen)	Praxisgebühr in Höhe von 10€ pro Quartal
Verschreibungspflichtige Medikamente, Verbandsmittel, Bandagen	10% des Preises, mindestens jedoch 5€ und höchstens 10€ pro Leistung; nicht mehr, als die Kosten des Mittels
Hilfsmittel (Sehhilfen, Einlagen usw.)	10% des Preises, mindestens jedoch 5€ und höchstens 10€ pro Hilfsmittel; bei Hilfsmitteln zum Verbrauch maximal 10€ je Monatsbedarf
Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik) und häusliche Krankenpflege	10% der Kosten zuzüglich 10€ pro Verordnung
Krankenhaus- bzw. Reha-Aufenthalt	10€ pro Tag für maximal 28 Tage pro Jahr
Zahnersatz	Die Kasse gewährt einen Festzuschuss in Höhe von 50 bis 65 % der medizinisch notwendigen Versorgung (je nach Bonus); der Versicherte trägt die verbleibenden Kosten

Von der Kostenbeteiligung befreit sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft. Eine generelle Befreiungsmöglichkeit von Zuzahlungen für Medikamente und Heilmittel für Geringverdiener besteht nicht mehr. Die Rückerstattung der Zuzahlungen ist möglich für Beträge, die 2%, bei chronisch Kranken 1%, des Bruttojahreseinkommens übersteigen.

Welche Leistungen erhalte ich bei Schwangerschaft und Entbindung von der Krankenkasse?

Sie erhalten Sachleistungen wie Vorsorgeuntersuchungen, ärztliche Betreuung und Betreuung durch eine Hebamme, Medikamente, Entbindung und Krankenhauspflege, häusliche Pflege und Haushaltshilfe.

Die Krankenkasse zahlt Mutterschaftsgeld in Höhe von maximal 13€ pro Tag während der Schutzfristen, das heißt 6 Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin und 8 Wochen, bei Früh- und Mehrlingsgeburten 12 Wochen nach der Geburt. Die Differenz zwischen den 13€ und dem Nettoeinkommen erhalten Sie vom Arbeitgeber.

Welche Leistungen gewährt die Pflegeversicherung?

Die Pflegeversicherung beteiligt sich an den Kosten der ambulanten, familiären und stationären Pflege bei langfristiger Pflegebedürftigkeit z.B. im Alter. Die Pflege umfasst Hilfe bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme, im Bereich der Mobilität und bei der Haushaltsführung. Leistungen werden je nach Ausmaß der Pflegebedürftigkeit gewährt, wobei zwischen 3 Pflegestufen unterschieden wird.

Bei einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis in Deutschland müssen Sie zusätzlich zu den Krankenversicherungsbeiträgen immer auch Beiträge zur Pflegeversicherung leisten. Werden Sie später pflegebedürftig, dann erhalten Sie Sachleistungen, wenn diese auch im Staat Ihres Wohnsitzes gewährt werden. Pflegegeldleistungen erhalten Sie im Bedarfsfall nach deutschem Recht von der deutschen Pflegeversicherung.

An wen kann ich mich mit Fragen wenden?

Auskunft erhalten Sie bei den Krankenkassen (Auswahl) und bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland:

AOK Hochrhein-Bodensee

Am Rheinfels 2
D-79761 Waldshut
Tel. +49 (0)7621 582 92 54
Fax +49 (0)7621 582 92 55
aok.hochrhein-bodensee@
bw.aok.de
www.aok.de/ baden-wuerttemberg

AOK Bayern

Hauptgeschäftsstelle Lindau
Friedrichshafener Str. 43
D-88131 Lindau
Tel. +49 (0)8382 2609 0
Fax +49 (0)8382 2609 660 78
www.aok.de/bayern

IKK Bodensee-Oberschwaben

Regionaldirektion
Bodensee-Oberschwaben
Gartenstraße 18
D-88212 Ravensburg
Tel. +49 (0)751 36240 0
Fax +49 (0)751 36240 50
www.ikkbw.de

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA)

Pennefeldsweg 12 c
D-53177 Bonn
Tel. +49 (0)228 9530 0
Fax +49 (0)228 9530 600
www.dvka.de

Österreich
Liechtenstein
Schweiz

Deutschland