

Krankenversicherung

Unfallversicherung

Vorsorge

Arbeitslosigkeit

Familien

II. Grenzüberschreitende soziale Sicherheit



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 Privatarif 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.

Im Folgenden finden Sie Details zur Krankenversicherung bei Arbeitsverhältnissen in einem der 4 Staaten der Bodenseeregion.

Österreich

Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

1.2 Krankenversicherung in Österreich

In welchem Staat muss/kann ich mich versichern?

Im Regelfall müssen Sie in Österreich krankenversichert sein, wenn Sie dort beschäftigt sind. Dies gilt jedoch nicht für vom Arbeitgeber befristet nach Österreich entsandte Arbeitnehmer. Wenn Sie außerhalb von Österreich auch an Ihrem ausländischen Wohnsitz unselbständig erwerbstätig sind, müssen Sie sich dort versichern.

Für Einkommen unter 374,02€ (2011) besteht keine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung. Geringfügig Beschäftigte sind zwar über den Arbeitgeber unfallversichert, aber nicht krankenversichert. Dadurch besteht auch kein Anspruch auf Krankengeld gegenüber der Krankenkasse. Es gibt jedoch die Möglichkeit, sich um monatlich 52,78€ (2011) selbst zu versichern.

Zwischen welchen Krankenkassen kann ich wählen?

In Österreich können Sie als Arbeitnehmer nicht wählen, sondern je nach ausgeübter Tätigkeit und Region ist eine bestimmte gesetzliche Krankenkasse für Sie zuständig. In vielen Fällen ist das die Gebietskrankenkasse (GKK).

Ist die Familie mitversichert?

Nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder sind grundsätzlich mitversichert. Es empfiehlt sich dennoch, mit der zuständigen Krankenkasse den Versicherungsschutz konkret für jedes Familienmitglied abzuklären.

Wie hoch sind die Beiträge?

In Österreich wird bei den Beitragssätzen zur Krankenversicherung derzeit noch zwischen Arbeitern, Angestellten und anderen Gruppen unterschieden. Bei Arbeitern beträgt der Arbeitnehmeranteil 3,95% des Bruttolohns und der Arbeitgeberanteil 3,7%. Bei Angestellten tragen Arbeitnehmer mit 3,82% und Arbeitgeber mit 3,83% des Bruttolohns zur Krankenversicherung bei. Übersteigt Ihr monatliches Bruttoeinkommen die sogenannte Höchstbeitragsgrundlage von 4.200€ (2011), dann wird der Teil, der über dieser Grenze liegt, nicht zur Beitragsberechnung herangezogen.

Österreich

Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

Der Krankenversicherungsbeitrag wird vom Arbeitgeber einbehalten und an die Krankenkasse überwiesen.

Seit Einführung der „e-card“ im Jahr 2005 wird für den Versicherten sowie gegebenenfalls für den mitversicherten Partner zudem eine jährliche Servicegebühr in Höhe von 10€ erhoben, die jeweils zum 15. November für das Folgejahr vom Lohn abgezogen wird.

Ich wohne in der Schweiz.**Kann ich mich auch dort behandeln lassen?**

Ja. Die österreichische gesetzliche Krankenkasse übernimmt die in der Schweizer Grundversicherung vorgeschriebenen Leistungen. Hierfür müssen Sie bei der österreichischen Krankenkasse eine Ansässigkeitsbescheinigung Ihrer Wohnsitzgemeinde einreichen und um Übermittlung des Formulars E 106 bzw. S1 (Betreuungsauftrag) an die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn bitten. Von dort erhalten Sie eine Karte, die Sie in der Apotheke, bei Krankenhausaufnahme und beim Arzt vorlegen. In den meisten Kantonen müssen Sie die Arztrechnung vorerst selbst bezahlen und erhalten den Betrag abzüglich der Kostenbeteiligung erst zurückerstattet, nachdem Sie die Rechnung bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG eingereicht haben.

Ich wohne in Deutschland.**Kann ich mich auch dort behandeln lassen?**

Ja. Dazu müssen Sie bei der österreichischen Krankenkasse eine Meldebekräftigung Ihrer Wohnsitzgemeinde einreichen und die als „aushelfende“ Kasse gewünschte deutsche gesetzliche Krankenversicherung angeben. Die österreichische Krankenkasse sendet einen so genannten Betreuungsauftrag an die deutsche Krankenkasse, von der Sie und Ihre mitversicherten Familienmitglieder eine spezielle Chipkarte erhalten, die Sie beim behandelnden Arzt vorlegen.

Welche Leistungen übernimmt die österreichische Krankenkasse?

Die österreichische Krankenversicherung gewährt Sach- und Geldleistungen bei Krankheit, bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit und bei Mutterschaft. Es werden ärztliche, zahnärztliche und therapeutische Behandlungen, Medikamente, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Anteil am Zahnersatz, Krankenhausaufenthalte, Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Rehabilitation und medizinische Hauskrankenpflege übernommen. Die Versicherung trägt die Kosten bei einem Vertragsarzt voll, bei einem Wahlarzt gegen Vorlage der Honorarnote zu 80% des Vertragstarifes.

Österreich

Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

Wann zahlt die Krankenkasse Krankengeld und wie hoch ist es?

Bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit zahlt die Krankenkasse Krankengeld, sobald die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber wegfällt bzw. 50% oder weniger beträgt. Informationen zum Thema Lohnfortzahlung finden Sie auch in Kapitel I.4.2 Arbeitsrecht in Österreich. Nach den gesetzlichen Bestimmungen wird das Krankengeld grundsätzlich bis zu einer Dauer von 26 Wochen gewährt. Die Anspruchsdauer erhöht sich auf 52 Wochen, wenn der Versicherte innerhalb der letzten 12 Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 6 Monate bei der Krankenversicherung gemeldet war.

Die Höhe des Krankengeldes ist abhängig vom Zeitpunkt der Inanspruchnahme und der familiären Situation des Versicherten. Es beträgt ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit 50% und ab dem 43. Tag 60% des beitragspflichtigen Bruttolohns für allein stehende Arbeitnehmer und für Doppelverdiener ohne Kinder. Bei nicht erwerbstätigem Ehepartner und bei Familien kann das Krankengeld bis zu 75% des beitragspflichtigen Bruttolohns betragen. Zahlt der Arbeitgeber noch die Hälfte des Lohns, besteht nur Anspruch auf das halbe Krankengeld.

Wann ist eine Kostenbeteiligung zu leisten und in welcher Höhe?

In Österreich gibt es eine Vielzahl von Selbstbehalten. Befreiungen davon sind unterhalb bestimmter Einkommensgrenzen möglich. Nachstehend sind die wichtigsten Selbstbehalte aufgeführt:

Leistung	Selbstbehalt (2011)
Wahlarzt	Kosten, die 80 % der entsprechenden Vertragsleistung übersteigen
Medikamente	pro Verordnung 5,10€
Krankenhausaufenthalt	pro Tag 10,91€; für mitversicherte Angehörige muss mehr bezahlt werden
Heilbehelfe/Hilfsmittel (z.B. orthopädische Schuheinlagen)	10% der Kosten, mindestens 28,00€, Beträge bis zu 1.120€ und darüber möglich (Rollstühle, Prothesen usw.)
Brillen und Kontaktlinsen (für Gleitsicht- und Trifokalgläser übernimmt die Kasse nichts)	10% der Kosten, mindestens 84,00€
Zahnersatz	teilweise erhebliche Eigenanteile
Kur- und Rehabilitationsaufenthalt	in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen, jedoch maximal 17,00€ pro Tag

Auf Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft entfallen außer der Rezeptgebühr bei Besuch eines Vertragsarztes keine Selbstbehalte.

Österreich

Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

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

Sie erhalten Sachleistungen wie ärztliche Behandlungen, Betreuung durch eine Hebamme, Medikamente, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Spitalaufenthalt. Als Arbeitnehmerin erhalten Sie während der Mutterschutzfrist Wochengeld von der Krankenkasse in Höhe Ihres durchschnittlichen Nettoverdienstes. Die Mutterschutzfrist beginnt 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin und endet 8 Wochen, bei Mehrlings-, Früh- und Kaiserschnittgeburten 12 Wochen, danach.

Ich wohne in Deutschland.**Muss ich Beiträge an die deutsche Pflegeversicherung zahlen?**

Nein, die Pflegeversicherung ist für Sie nicht zwingend vorgeschrieben. Lückenlose Versicherungszeiten können aber von Vorteil sein.

An wen kann ich mich mit Fragen wenden?

Auskünfte erteilen die Krankenkassen und die Verbindungsstelle der Sozialversicherungen in Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Kundmanngasse 21
A-1031 Wien
Tel. +43 (0)1 711 32
Fax +43 (0)1 711 32 3777
posteingang.allgemein@hvb.sozvers.at
www.sozialversicherung.at

Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK), Hauptstelle

Jahngasse 4
A-6850 Dornbirn
Tel. +43 (0)50 84 55
Fax +43 (0)50 84 55 1040
vgkk@vgkk.at
www.vgkk.at

Servicestelle Bregenz VGKK

Heldendankstr. 10
A-6900 Bregenz
Tel. +43 (0)50 84 55 2410
Fax +43 (0)50 84 55 2040
bregenz@vgkk.at

Servicestelle Egg VGKK

Bundesstr. 1039
A-6863 Egg, Vorarlberg
Tel. +43 (0)50 84 55 5421
Fax +43 (0)50 84 55 5040
egg@vgkk.at

Servicestelle Feldkirch VGKK

Bahnhofstr. 30
A-6800 Feldkirch
Tel. +43 (0)50 84 55 3420
Fax +43 (0)50 84 55 3040
feldkirch@vgkk.at

Servicestelle Bludenz VGKK

Bahnhofstr. 12
A-6700 Bludenz
Tel. +43 (0)50 84 55 4400
Fax +43 (0)50 84 55 4040
bludenz@vgkk.at

Servicestelle Schruns VGKK

Veltlinerweg 5
A-6780 Schruns
Tel. +43 (0)50 84 55 6421
Fax +43 (0)50 84 55 6040
schruns@vgkk.at

Servicestelle Riezlern VGKK

Walsersstr. 25
A-6991 Riezlern, Kleinwalsertal
Tel. +43 (0)50 84 55 5415
Fax +43 (0)50 84 55 5041
riezlern@vgkk.at

1.3 Krankenversicherung in Liechtenstein

Österreich

Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

In welchem Staat muss/kann ich mich versichern?

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

Wenn Sie in Liechtenstein beschäftigt sind, hängt es von Ihrem Wohnsitz ab, wo Sie sich für Sachleistungen im Krankheitsfall versichern müssen bzw. können:

- › Wohnen Sie in Österreich, können Sie wählen, ob Sie sich in Liechtenstein oder in Österreich versichern.
- › Wohnen Sie in der Schweiz, müssen Sie sich dort versichern.
- › Wohnen Sie in Deutschland, müssen Sie sich in Liechtenstein versichern. Es besteht jedoch in bestimmten Fällen die Möglichkeit, sich bei Nachweis eines mindestens gleichwertigen Versicherungsschutzes von der Versicherungspflicht in Liechtenstein befreien zu lassen. Entsprechende Anträge sind an das Amt für Gesundheit zu richten.

Die Versicherung für Krankentaggeld wird in jedem Fall von Ihrem Arbeitgeber in Liechtenstein abgeschlossen. Hierfür besteht Versicherungspflicht, wenn Sie mindestens 8 Stunden pro Woche beschäftigt sind und das Arbeitsverhältnis für mindestens 3 Monate abgeschlossen wurde. Wenn Sie außerhalb von Liechtenstein auch an Ihrem ausländischen Wohnsitz in Österreich oder Deutschland unselbständig erwerbstätig sind, müssen Sie sich dort versichern.

Zwischen welchen Krankenkassen kann ich wählen?

In Liechtenstein können Sie derzeit im Obligatorium (Grundversicherung) zwischen 3 anerkannten Krankenkassen wählen. Die Adressen finden Sie am Ende dieses Abschnitts.

Ein Wechsel der Krankenversicherung innerhalb Liechtensteins ist unter Einhaltung der im jeweiligen Reglement festgelegten Kündigungsfrist möglich. Eine Kasse kann Sie gemäß Gesetz nur dann aus der Versicherungspflicht entlassen, wenn eine Bestätigung über einen Versicherungsschutz bei einer anderen Kasse vorgelegt wird.

Ist die Familie mitversichert?

Bei einer Versicherung in Liechtenstein ist für jedes nicht erwerbstätige Familienmitglied eine eigene Versicherung abzuschließen. Kinder bis 15 Jahre sind generell von der Prämienzahlung befreit. Im Alter von 16 bis 20 Jahren zahlen Jugendliche die halbe Prämie.

Österreich

Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

Wie hoch sind die Prämien?

2011 beträgt die durchschnittliche Monatsprämie 255 CHF für Erwachsene und 127,50 CHF für Jugendliche im Alter von 16 bis 20 Jahren. Dies gilt für Erwerbstätige, bei denen Nichtberufs- und Berufsunfälle über die Unfallversicherung des Arbeitgebers abgedeckt sind. Nicht erwerbstätige Personen bezahlen die Monatsprämie mit Unfaldeckung, welche 2011 durchschnittlich 266 CHF beträgt.

Die Prämienhöhe ist unabhängig vom Geschlecht und persönlichen Krankheitsrisiken. Erwerbstätige Personen erhalten vom Arbeitgeber einen Zuschuss zur Krankenversicherung in Höhe von 50% der Monatsprämie. Dieser Zuschuss beträgt bei Erwachsenen derzeit 127,50 CHF und bei Jugendlichen 63,75 CHF. Prämienverbilligungen bei geringem Einkommen sind auch für Grenzgänger möglich, die in Liechtenstein obligatorisch versichert sind.

Im Regelfall leitet der Arbeitgeber den Abschluss einer Krankenpflege- und den einer Krankengeldversicherung in die Wege. Wenn dies nicht der Fall ist, sollten Sie sich unbedingt selbst darum kümmern. Die Beiträge werden je zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen.

Ich wohne in Österreich und bin in Liechtenstein versichert.**Kann ich mich auch am Wohnort behandeln lassen?**

Ja. Hierfür müssen Sie sich von Ihrer Krankenkasse in Liechtenstein das Formular E 106 bzw. S1 ausstellen lassen. Damit können Sie bei der Gebietskrankenkasse in Vorarlberg einen Antrag auf Betreuung stellen und erhalten von dort eine „e-card“ zur Behandlung in Österreich.

Ich wohne in Deutschland.**Kann ich mich auch dort behandeln lassen?**

Ja. Hierfür müssen Sie sich von Ihrer Krankenkasse in Liechtenstein das Formular E 106 bzw. S1 ausstellen lassen. Damit können Sie in Deutschland bei der gesetzlichen Krankenkasse, bei der Sie zuletzt versichert waren oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse Ihrer Wahl einen Antrag auf Betreuung stellen. Sie erhalten für sich und Ihre Angehörigen eine spezielle Chipkarte, die Sie beim Arztbesuch vorlegen.

Welche Sachleistungen übernimmt die liechtensteinische Krankenkasse?

Die Krankenkasse übernimmt ärztliche Behandlungen bei einem Vertragsarzt, Krankenhausbehandlungen in Vertragskrankenhäusern, Vorsorgeuntersuchungen und sonstige therapeutische Behandlungen

bei vertraglich gebundenen Leistungserbringern (Physiotherapeuten, Masseure usw.). Zu ärztlich verordneten Kuren wird ein Beitrag gezahlt. Für ambulante Leistungen von Ärzten und anderen Therapeuten ohne Vertrag übernimmt die Krankenkasse 50 % der Kosten gemäß Tarif. Medikamente können in Liechtenstein direkt vom Arzt bezogen werden. Die Kosten hierfür werden von der Krankenkasse grundsätzlich übernommen, wenn die Arzneimittel auf der sogenannten Spezialitätenliste stehen. Für Heil- und Hilfsmittel gibt es ähnliche Listen.

Bei einer Behandlung in Österreich oder Deutschland haben Sie als Grenzgänger Anspruch auf alle Sachleistungen, die dort normalerweise von den gesetzlichen Krankenkassen gewährt werden.

Kosten für Zahnbehandlungen werden in Liechtenstein nur in Ausnahmefällen übernommen. Gehen Sie aber an Ihrem Wohnort in Österreich bzw. Deutschland zum Zahnarzt, wird Ihnen die zahnärztliche Behandlung nach dem dort gültigen Leistungskatalog ersetzt.

Wann zahlt die Krankenkasse Krankentaggeld und wie hoch ist es?

Krankentaggeld erhalten Sie, wenn der Arzt mindestens 50 % Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Es wird ab dem 2. Tag nach der Erkrankung gewährt und beträgt 80 % des Bruttoverdienstes. Das Krankentaggeld wird bei einer oder mehreren Erkrankungen für mindestens 720 Tage innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen gewährt. Es wird grundsätzlich von der Krankenkasse in Liechtenstein ausbezahlt, unabhängig davon, ob Sie dort auch krankenpflegeversichert sind.

Arbeitgeber können mit der Krankenkasse ein sogenanntes aufgeschobenes Krankentaggeld vereinbaren. Für Sie als Arbeitnehmer bedeutet dies, dass Sie im Krankheitsfall über einen bestimmten Zeitraum Lohnfortzahlung vom Arbeitgeber erhalten, ehe die Krankengeldversicherung einspringt. Das ändert aber an Ihrem Versicherungsschutz nichts.

Wann ist eine Kostenbeteiligung zu leisten und in welcher Höhe?

Personen müssen sich ab dem 20. Geburtstag mit einem festen Jahresbetrag (Franchise) und einem Selbstbehalt in Prozenten an den Kosten beteiligen. Der feste Jahresbetrag beträgt 200 CHF; bei Rentnern 100 CHF. Zusätzlich sind 10 % der Kosten, die darüber hinausgehen, vom Patienten als Selbstbehalt zu leisten, bis zu einer Höchstgrenze von 600 CHF im Jahr; bei Rentnern 300 CHF im Jahr.

Vorsorgeuntersuchungen, Leistungen bei Mutterschaft und Leistungen für chronisch kranke Personen sowie für Personen, die ihren 20. Geburtstag noch nicht erreicht haben, sind grundsätzlich von der Kostenbeteiligung ausgenommen.

Österreich

Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

Österreich

Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

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

An Sachleistungen werden die Kosten der Geburtshilfe durch Arzt und Hebamme sowie notwendige Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und innerhalb von 10 Wochen nach der Entbindung übernommen.

Schwangere erhalten für insgesamt 20 Wochen Krankengeld, wovon mindestens 16 Wochen nach der Entbindung liegen müssen. Es beträgt mindestens 80% des Bruttolohns und ist zu versteuern.

Voraussetzung für die Gewährung von Sachleistungen und Krankengeld ist, dass Sie zum Zeitpunkt der Entbindung mindestens 9 Monate bei einer Krankenkasse in Liechtenstein, der Schweiz oder einem EWR-Staat versichert waren und dass Sie Ihre Erwerbstätigkeit nicht früher als 20 Wochen vor der Entbindung aufgeben, es sei denn bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit.

Kann ich bei Aufgabe der Grenzgängertätigkeit wieder in die gesetzliche Versicherung im Wohnsitzstaat eintreten?

Ja, wenn Sie bei einer liechtensteinischen Krankenkasse versichert waren. Sie müssen sich die Versicherungszeiten in Liechtenstein durch Einholung des Vordruckes E 104 bestätigen lassen.

An wen kann ich mich mit Fragen wenden?

Auskünfte erhalten Sie beim Amt für Gesundheit, bei den in Liechtenstein tätigen Krankenkassen und bei den Krankenkassen im Staat des Wohnsitzes.

Amt für Gesundheit

Abteilung Kranken- & Unfallversicherung
 Äulestr. 51, Postfach 684
 FL-9490 Vaduz
 Tel. +423 236 73 41
 thomas.hasler@ag.llv.li
 info@ag.llv.li
 www.ag.llv.li

CONCORDIA

Landesvertretung Liechtenstein
 Landstr. 170
 FL-9494 Schaan
 Tel. +423 235 09 09
 Fax +423 235 09 10
 liechtenstein@concordia.li
 www.concordia.li

FKB – Die Gesundheitskasse

Gagoz 75, Postfach 363
 FL-9496 Balzers
 Tel. +423 388 19 90
 Fax +423 388 19 91
 info@fkb.li
 www.fkb.li

Liechtenst. Krankenkassenverband

Auring 52, Postfach 281
 FL-9490 Vaduz
 Tel. +423 233 43 00
 Fax +423 233 43 01
 info@lkv.li
 www.lkv.li

SWICA Gesundheitsorganisation

Auring 9, Postfach 646
FL-9490 Vaduz
Tel. +423 233 26 00
Fax +423 233 27 00
swica@swica.ch
www.swica.ch

Österreich

Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

1.4 Krankenversicherung in der Schweiz

In welchem Staat muss/kann ich mich versichern?

Wenn Sie in der Schweiz beschäftigt sind, sind Sie dort grundsätzlich auch versicherungspflichtig, können sich aber bei Nachweis einer Krankenversicherung im Staat des Wohnsitzes von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen. Wenn Sie sich zu Beginn Ihrer Grenzgängertätigkeit in der Schweiz versichern, sind Sie an diese Entscheidung gebunden. Nur bei Änderung des Familienstandes oder der Geburt eines Kindes haben sie erneut die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien zu lassen. Bei einem Wechsel des Arbeitgebers oder des Arbeitsortes besteht diese Möglichkeit nicht. Innerhalb der Schweiz können Sie jedoch zu einer anderen Kasse übergehen.

Wenn Sie außerhalb der Schweiz auch an Ihrem ausländischen Wohnsitz unselbständig erwerbstätig sind, müssen Sie sich dort versichern. In der Schweiz werden Sach- und Geldleistungen separat versichert. Sachleistungen werden von der Krankenpflegeversicherung, Geldleistungen von der Krankentaggeldversicherung abgedeckt.

Den Abschluss einer Krankenpflegeversicherung müssen Sie selbst in die Wege leiten. Es erfolgt keine Anmeldung durch den Arbeitgeber.

Die Versicherung für Krankentaggeld ist unabhängig von der Krankenpflegeversicherung. Häufig wird sie vom Arbeitgeber abgeschlossen.

Wie lasse ich mich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien?

Falls Sie sich für eine Versicherung in Österreich oder Deutschland entscheiden, müssen Sie für sich und Ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen innerhalb von 3 Monaten nach Arbeitsaufnahme die Befreiung von der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz beantragen. Dies können Sie bei der zuständigen Stelle im Kanton des Arbeitgebers tun. Dem Antrag ist eine Bescheinigung über eine bestehende Versicherung in Österreich durch die Europäische

Österreich
Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

Krankenversicherungskarte oder in Deutschland durch das Formular E 106 bzw. S1 beizulegen.

Zwischen welchen Krankenkassen kann ich wählen?

Bei Versicherung am Wohnsitz können Sie sich für eine gesetzliche oder eine private Krankenversicherung entscheiden.

Die Versicherung in der Schweiz ist für Grenzgänger auf bestimmte anerkannte Krankenkassen beschränkt. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) veröffentlicht jährlich im Oktober eine Liste der Krankensicherer, die eine Versicherung für Personen mit Wohnsitz in der EU ermöglichen. Diese Liste inklusive der aktuellen Prämien finden Sie im Internet unter www.praemien.admin.ch (→ Prämien EU/EFTA) auf der rechten Seite. Die anerkannten Schweizer Krankenkassen bieten sowohl die obligatorischen Grundversicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG), als auch Zusatzversicherungen (VVG) an. Die Grundversicherungen nach KVG unterscheiden sich nur im Hinblick auf Service und Prämienhöhe, die Leistungen sind einheitlich.

Sie können die Versicherung in der Schweiz nach der Mitteilung der Prämienänderung innerhalb eines Monats auf Ende des Folgemonats kündigen, sonst mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum 30. Juni bzw. zum Jahresende.

Ist die Familie mitversichert, wenn ich mich für eine Krankenversicherung in der Schweiz entscheide?

Nein. Sie müssen jedes nicht erwerbstätige Familienmitglied separat versichern und dafür eine eigene Prämie zahlen.

Für Familien ist häufig eine freiwillige Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse am Wohnort kostengünstiger als eine Versicherung in der Schweiz. Bei Wohnsitz in Deutschland besteht ein getrenntes Optionsrecht, das heißt die Familienangehörigen können auch dann in Deutschland versichert werden, wenn der als Grenzgänger erwerbstätige Ehepartner in der Schweiz krankenversichert ist. In diesem Fall muss für die Familienangehörigen eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz beantragt werden. In Österreich gibt es die Möglichkeit einer getrennten Versicherung nicht.

Wie hoch sind die Prämien?

Die Prämien für die Schweizer Grundversicherungen nach KVG sind abhängig vom Kanton bzw. Staat des Wohnsitzes, nicht jedoch von Einkommen, Geschlecht oder Gesundheitszustand. Für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren gilt eine niedrigere Prämie. Für junge

Erwachsene im Alter von 19 bis 25 Jahren kann die Krankenkasse eine niedrigere Prämie festsetzen. Für nicht erwerbstätige Familienmitglieder ist eine etwas höhere Prämie zu entrichten, um auch den Unfallschutz abzudecken. Bei Erwerbstätigen, die mindestens 8 Stunden pro Woche bei einem Arbeitgeber arbeiten, sind Nichtberufs- und Berufsunfälle über die Unfallversicherung des Arbeitgebers abgedeckt. Die folgende Tabelle zeigt die Schwankungsbreite der Prämien im Jahr 2011 bei Wohnsitz in Österreich oder Deutschland:

Prämienhöhe 2011 in CHF

		Österreich	Deutschland
Ohne Unfallschutz	Erwachsene	297,60 – 442,90	379,30 – 548,70
	Junge Erwachsene	252,70 – 441,80	299,30 – 503,50
	Kinder	67,40 – 154,90	92,10 – 176,70
Mit Unfallschutz	Erwachsene	320,00 – 465,00	399,60 – 590,00
	Junge Erwachsene	266,00 – 465,00	315,00 – 530,00
	Kinder	72,40 – 163,00	99,00 – 186,00

Vom Arbeitgeber gibt es keinen Zuschuss. Prämienvergünstigungen bei geringem Einkommen sind auch für Grenzgänger möglich. Zuständig dafür ist der Kanton des Arbeitsortes.

Wird Ihnen ein besonders günstiger Tarif angeboten, sollten Sie sich erkundigen, ob es sich um eine Versicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) handelt. Sie können sich hierfür auch an die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn wenden. Handelt es sich nicht um eine Versicherung nach KVG, untersteht die Versicherung nicht der zwischenstaatlichen Sachleistungsaushilfe. In Österreich müssen Sie zudem eine Wartezeit bis zur Inanspruchnahme von Leistungen überbrücken, wenn Sie später in eine freiwillige Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse zurückgehen. In Deutschland werden entsprechende Versicherungszeiten nicht als Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner oder für die freiwillige Versicherung sowie für die Pflegeversicherung anerkannt. Folglich können Ihnen unter Umständen die spätere Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung und Leistungen aus der Pflegeversicherung verwehrt werden.

Ich wohne in Österreich und bin in der Schweiz nach KVG versichert. Wo kann ich mich behandeln lassen?

Wenn Sie in der Schweiz nach KVG versichert sind, können Sie sowohl in Österreich als auch in der Schweiz Leistungen nach den im jeweiligen Staat gültigen Vorschriften für die gesetzliche Krankenversicherung beanspruchen.

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

Kosten für Zahnbehandlungen werden in der Schweiz nur in wenigen Ausnahmefällen übernommen. Gehen Sie aber an Ihrem Wohnort in Österreich zum Zahnarzt, wird Ihnen die zahnärztliche Behandlung zu den dort gültigen Bedingungen ersetzt.

Um bei Behandlung in der Schweiz auf einen annähernd gleichen Versicherungsschutz wie in Österreich zu kommen, ist eine Zusatzversicherung ratsam.

Wollen Sie in Österreich Leistungen in Anspruch nehmen, müssen Sie mit dem von der Schweizer Krankenkasse ausgestellten Formular E 106 bzw. S1 bei der Gebietskrankenkasse in Vorarlberg einen Antrag auf Betreuung stellen und erhalten dann die „e-card“ für die Behandlung in Österreich.

Ich wohne in Österreich und bin hier freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert. Kann ich auch in der Schweiz zum Arzt gehen?

Wenn Sie freiwillig in der österreichischen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, können Sie und Ihre Familienangehörigen während Ihres vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz nur die im jeweiligen Fall medizinisch notwendigen Maßnahmen in Anspruch nehmen. Hierbei wird die auf der Rückseite der neuen „e-card“ aufgeprägte europäische Krankenversichertenkarte EHIC in der Schweiz als Versicherungsnachweis anerkannt. In den meisten Schweizer Kantonen müssen die Rechnungen für Arztbesuche vom Versicherten beglichen werden. Wenn Sie die Rechnungen bei Ihrer österreichischen Krankenkasse einreichen, erhalten Sie den gezahlten Betrag, vermindert um die Kostenbeteiligung, zurückerstattet. Sie können die Rechnungen auch bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG zur Rückvergütung einreichen.

Ich wohne in Deutschland und bin in der Schweiz nach KVG versichert. Wo kann ich mich behandeln lassen?

Wenn Sie in der Schweiz nach KVG versichert sind, können Sie sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz Leistungen nach den im jeweiligen Staat gültigen Vorschriften für die gesetzliche Krankenversicherung beanspruchen.

Kosten für Zahnbehandlungen werden in der Schweiz nur in Ausnahmefällen übernommen. Gehen Sie aber an Ihrem Wohnort in Deutschland zum Zahnarzt, werden Ihnen die Behandlungskosten zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenkassen ersetzt.

Um bei Behandlung in der Schweiz auf einen annähernd gleichen

Versicherungsschutz wie in Deutschland zu kommen, ist eine Zusatzversicherung ratsam.

Wollen Sie in Deutschland Leistungen in Anspruch nehmen, müssen Sie sich von der Schweizer Krankenkasse das Formular E 106 bzw. S1 ausstellen lassen. Damit können Sie in Deutschland bei der gesetzlichen Krankenkasse, bei der Sie zuletzt versichert waren oder bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse Ihrer Wahl, einen Antrag auf Betreuung stellen. Von der betreuenden Krankenkasse erhalten Sie für sich und gegebenenfalls auch für Ihre Familienangehörigen eine spezielle Chipkarte, die Sie beim Arztbesuch in Deutschland vorlegen.

Ich wohne in Deutschland und bin hier freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert. Kann ich auch in der Schweiz zum Arzt gehen?

Ja. Sie können als Grenzgänger auch in der Schweiz Leistungen nach den dort gültigen Vorschriften für die Grundversicherung in Anspruch nehmen. Bei der Behandlung in der Schweiz müssen Sie eine Versicherungskarte vorlegen. Diese erhalten Sie bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG, wenn Sie das von Ihrer deutschen Krankenkasse ausgestellte Formular E 106 bzw. S1 einreichen. Beachten Sie, dass in der Schweiz eine relativ hohe Eigenbeteiligung zu leisten ist. Ihre mitversicherten Familienangehörigen haben bei vorübergehendem Aufenthalt in der Schweiz nur Anspruch auf die im jeweiligen Fall medizinisch notwendige Versorgung. Hierfür erhalten Sie von der deutschen Krankenkasse die Europäische Krankenversichertenkarte EHIC.

Welche Sachleistungen übernimmt die Schweizer Krankenkasse?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung gewährt Sachleistungen bei Krankheit, bei Mutterschaft und bei Unfällen, falls keine Unfallversicherung dafür aufkommt. Diese umfassen Besuche beim Arzt, beim Chiropraktor, Betreuung durch eine Hebamme, Behandlung und Pflege in einem Krankenhaus der kantonalen Spitalliste, alle in der so genannten Spezialitätenliste aufgeführten Medikamente und Hilfsmittel, Analysen, Heilmittel, Physiotherapie, Akupunktur, Ergotherapie, Logopädie, Heilbad, Maßnahmen der Prävention sowie zu 50% die Kosten von Kranken- und Rettungstransporten bis zu bestimmten Obergrenzen pro Kalenderjahr. Unter dem Stichwort „Spitex“ wird auch Hauskrankenpflege gewährt. Kosten für Zahnbehandlungen werden in der Schweiz nur in Ausnahmefällen übernommen.

In den meisten Schweizer Kantonen müssen die Rechnungen für Arztbesuche vom Versicherten beglichen werden. Wenn Sie die Rechnung

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

bei Ihrer Krankenkasse einreichen, erhalten Sie den gezahlten Betrag vermindert um die Kostenbeteiligung zurückerstattet. Sie können die Rechnungen, wenn Sie in Österreich oder Deutschland versichert sind, auch bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG einreichen.

Wann zahlt die Krankenkasse Krankentaggeld und wie hoch ist es?

Krankentaggeld erhalten Sie, wenn Ihr Arbeitgeber für Sie eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen hat oder Sie selbst eine entsprechende Zusatzversicherung gewählt haben. Gesetzlich vorgeschrieben ist eine entsprechende Versicherung durch den Arbeitgeber nicht. In vielen Gesamtarbeitsverträgen (GAV) ist aber festgelegt, dass der Arbeitgeber eine Krankentaggeldversicherung abzuschließen hat. Haben Sie Versicherungsschutz, wird Ihnen je nach Vertrag bis zu 2 Jahre lang Krankentaggeld in Höhe von mindestens 80 % des Bruttolohns gewährt. Wenn keine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen wurde, muss der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Krankheit im ersten Dienstjahr nur für 3 Wochen, danach für eine „angemessene Zeit“ den Lohn fortzahlen. Genaueres hierzu finden Sie in Kapitel I.4.4 Arbeitsrecht in der Schweiz.

Nach der Geburt eines Kindes besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung.

Wann ist eine Kostenbeteiligung zu leisten und in welcher Höhe?

Die Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und einem Selbstbehalt in Prozenten.

Die Jahresfranchise beträgt bei Erwachsenen 300 CHF, das heißt bis zu diesem Betrag im Jahr sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen. Die Möglichkeit, eine höhere Franchise in Verbindung mit einer Prämienreduktion zu wählen, besteht für Grenzgänger nicht. Bei Kindern und Jugendlichen bis zu 18 Jahren wird keine Jahresfranchise erhoben. Zusätzlich sind 10% der Kosten, die über die Franchise hinausgehen, vom Patienten als Selbstbehalt zu leisten. Wenn statt der günstigeren Nachahmerprodukte (Generika) ohne ärztliche Notwendigkeit Originalpräparate verschrieben werden, beträgt die Zuzahlung 20% des Medikamentenpreises. Der Selbstbehalt gilt bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 700 CHF bei Erwachsenen bzw. 350 CHF bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Bei stationärem Krankenhausaufenthalt werden von Personen ab 18 Jahren 15 CHF pro Tag erhoben. Hiervon ausgenommen sind Personen unter 26 Jahren, die sich in Ausbildung befinden.

Bei Mutterschaftsleistungen wird keine Kostenbeteiligung verlangt.

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

In der Schweiz erhalten Sie Sachleistungen wie ärztliche Behandlung und Untersuchungen, Ultraschallkontrollen, Geburtsvorbereitung, Stillberatung, Betreuung durch eine Hebamme und Kosten der Entbindung in einem Kranken- oder Geburtshaus.

Bei Arbeitsunfähigkeit während der Schwangerschaft werden Geldleistungen wie bei Krankheit gewährt, sofern eine Krankentaggeldversicherung besteht. Ist diese mit einer Versicherung für Mutterschaftsgeld verknüpft, so können noch Ansprüche über den gesetzlichen Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung hinaus bestehen.

Wie sieht der gesetzliche Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung aus?

Für die Zeit nach der Entbindung besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung in Höhe von 80% des durchschnittlichen Arbeitseinkommens, das vor der Entbindung gezahlt wurde, höchstens jedoch 196 CHF pro Tag (siehe auch Kapitel I.4.4 Arbeitsrecht in der Schweiz). Hierauf entfallen noch Sozialversicherungsbeiträge. Voraussetzung für den Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung ist, dass die Antragstellerin in den 9 Monaten vor der Entbindung versichert und in dieser Zeit mindestens 5 Monate erwerbstätig war. Bei Frühgeburten gelten kürzere Fristen. Die Zahlung wird beginnend mit der Geburt des Kindes für maximal 98 Tage (14 Wochen) gewährt. Wird die Erwerbstätigkeit innerhalb dieses Zeitraums wieder aufgenommen, dann besteht ab dem Tag der Arbeitsaufnahme kein Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung. Anträge sind über den Arbeitgeber oder direkt an die kantonale Ausgleichskasse bzw. Sozialversicherungsanstalt zu richten. Die Adressen finden Sie in Kapitel II.3 Vorsorge für Alter, Invalidität und Tod. Dort und beim Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) erhalten Sie weitergehende Informationen.

Ich wohne in Deutschland. Muss ich Beiträge an die deutsche Pflegeversicherung zahlen?

Wenn Sie sich für eine Krankenversicherung in Deutschland entscheiden, müssen Sie auch Beiträge an die Pflegeversicherung zahlen. Das gilt unabhängig davon, ob Sie privat oder gesetzlich versichert sind.

Wenn Sie sich für eine Krankenversicherung in der Schweiz entscheiden, ist die Pflegeversicherung nicht vorgeschrieben. Bei einer Versicherung nach KVG sind entsprechende Sachleistungen wie ambulante Krankenpflege zu Hause oder im Pflegeheim abgedeckt. Versicherungszeiten

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

zum KVG-Tarif in der Schweiz werden bei einem späteren Leistungsantrag von der Pflegeversicherung in Deutschland anerkannt.

Kann ich bei Aufgabe der Grenzgängertätigkeit wieder in die gesetzliche Krankenversicherung im Wohnsitzstaat eintreten?

Ja, das ist in Österreich und Deutschland problemlos möglich, wenn Sie in der Schweiz bei einer anerkannten Krankenkasse zum KVG-Tarif versichert waren.

In Österreich wird die Versicherungszeit in der Schweiz als Wartezeit für die gesetzliche Krankenkasse anerkannt. Waren Sie jedoch zuvor privat versichert, können Sie in Österreich Leistungen aus einer freiwilligen Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse erst nach einer Versicherungszeit von 6 Monaten beanspruchen. Um den Versicherungsschutz durchgehend zu gewährleisten, müssten Sie sich für diese Übergangszeit doppelt versichern.

In Deutschland werden Sie, wenn Sie zuvor privat versichert waren, in der Regel dann in der gesetzlichen Krankenkasse aufgenommen, wenn Sie als Arbeitnehmer der Versicherungspflicht unterliegen (2011: Bruttolohn bis 4.125,00€ pro Monat) oder wenn Sie Arbeitslosengeld beziehen. In anderen Fällen, beispielsweise wenn Sie sich in Deutschland selbstständig machen wollen, ist Ihnen eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung verwehrt.

An wen kann ich mich mit Fragen wenden?

Auskünfte erhalten Sie bei den Krankenversicherern und bei den unten genannten Stellen.

Bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG sind Tabellen der EU-Prämien für die Grundversicherung und Infoblätter zur Sachleistungsaushilfe erhältlich. Detaillierte Informationen finden Sie im Internet unter www.kvg.org. Beim Bundesamt für Gesundheit finden Sie die jährliche „Prämienübersicht EU/EFTA“ inklusive der Adressen der jeweiligen Krankenversicherer unter www.praemien.admin.ch (→ Prämien EU/EFTA).

Natürlich können Sie sich auch an einen auf Grenzgänger spezialisierten Versicherungsfachmann wenden.

Gemeinsame Einrichtung KVG

Gibelinstr. 25
CH-4503 Solothurn
Tel. +41 (0)32 625 30 30
Fax +41 (0)32 625 30 90
info@kvg.org
www.kvg.org

Bundesamt für Gesundheit

Schwarzenburgstr. 165
CH-3003 Bern
Tel. +41 (0)31 322 21 11
Fax +41 (0)31 323 37 72
info@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Bundesamt für Sozialversicherung

Effingerstr. 20
CH-3003 Bern
Tel. +41 (0)31 322 90 11
Fax +41 (0)31 322 78 80
info@bsv.admin.ch
www.bsv.admin.ch

santésuisse

Römerstr. 20
CH-4500 Solothurn
Tel. +41 (0)32 625 41 41
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

Zuständige kantonale Stellen für Gesuche um Befreiung von der obligatorischen Krankenversicherung:

Gesundheitsamt

Appenzell-Innerrhoden

Hoferbad 2
CH-9050 Appenzell
Tel. +41 (0)71 788 94 57
Fax +41 (0)71 788 94 58
info@gsd.ai.ch
www.ai.ch (→ Verwaltung → Ämter)

Sozialversicherungsamt

Schaffhausen

Oberstadt 9
CH-8200 Schaffhausen
Tel. +41 (0)52 632 61 11
Fax +41 (0)52 632 61 99
www.svash.ch

Gesundheitsamt

Thurgau

Zürcherstr. 194a
CH-8510 Frauenfeld
Tel. +41 (0)52 724 22 73
Fax +41 (0)52 724 28 10
gesundheitsamt@tg.ch
www.gesundheitsamt.tg.ch

Städtische Gesundheitsdienste

Zürich

Walchestr. 31
CH-8021 Zürich
Tel. +41 (0)44 412 11 11
Fax +41 (0)44 412 23 93
www.stadt-zuerich.ch/sgd

Gesundheitsdirektion

Zürich

Obstgartenstr. 19/21
CH-8090 Zürich
Tel. +41 (0)43 259 24 05
Fax +41 (0)43 259 42 88
generalsekretariat@gd.zh.ch
www.gd.zh.ch

Amt für Gesundheitsversorgung

Gesundheitsdepartement St. Gallen

Davidstr. 27
9001 St. Gallen
Tel. +41 (0)71 229 35 70
Fax +41 (0)71 229 39 62
info.gdgs@sg.ch
www.gesundheit.sg.ch

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

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 Fitnesstraining.

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.

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

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.

Österreich

Liechtenstein

Schweiz

Deutschland

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.

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

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

Österreich
Liechtenstein
Schweiz
Deutschland

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