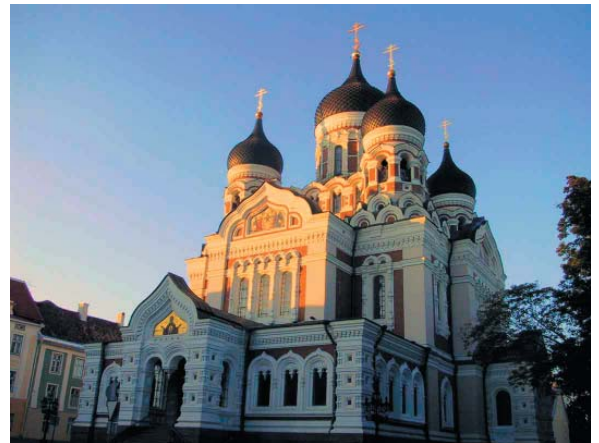


# Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

Informationen über rechtliche Rahmenbestimmungen und Gestaltungsmöglichkeiten  
des Krankenversicherungsschutzes für im Ausland tätige Deutsche.

## Ländermerkblatt Estland



Stand 09/2004

*German Healthcare Portal  
for Expatriates*



## Deutsche Expatriates in Estland

Ein längerfristiger Auslandsaufenthalt in Estland beinhaltet für jeden Berufstätigen eine Veränderung, die nicht nur einen personbezogenen Wandel mit sich bringt, sondern auch zwangsläufig ein neues versicherungstechnisches Umfeld schafft.

Estland hat kulturbedingt eine vom deutschen System deutlich abweichende Krankenversorgung. Diese macht es erforderlich, einen adäquaten Versicherungsschutz zu finden.

Das German-Healthcare-Portal möchte Ihnen eine Lösung für ein umfangreiches Krankenversorgungskonzept anbieten, ganz gleich, ob sie Ihren eigenen Versicherungsschutz konzipieren oder in der Fürsorge als Unternehmen, Ihren Expatriates einen ausreichenden Krankenschutz gewährleisten wollen.

Wenn eine Entsendung nach Estland in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit estnisches Sozialversicherungsrecht bei einem Arbeitnehmer oder Selbständigen greift.

Grundsätzlich gilt in der Krankenversorgung das Territorialprinzip. Das bedeutet, dass sich die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen nach den Gesetzen des Staates richten, in dem der Expatriate beschäftigt ist.

Dabei entscheidet jeder Staat mit seinem eigenen Sozialversicherungssystem für sich, inwieweit sich ausländische Arbeitnehmer diesem System anschließen müssen. Von diesem Grundsatz gibt es Ausnahmen, die durch Sozialversicherungsabkommen zwischen den Staaten entstehen oder einfach nur in der Gesetzgebung des Beschäftigungslandes begründet sind.

Es konnte in der Vergangenheit vorkommen, dass Beschäftigte in beiden Ländern zwangsversichert waren. Dies lag darin begründet, dass selbst nur kurzzeitig entsandte Arbeitnehmer dazu gezwungen waren, im jeweiligen Beschäftigungsland Mitglied der Sozialversicherung zu werden. Gleichzeitig mussten sie jedoch auch ihre Leistungspflicht in der deutschen Sozialversicherung behalten, um späteren Nachteilen vorzubeugen. Wir sprechen in diesem Falle von einer „Doppelversicherung“.



## Rechtliche Rahmenbestimmungen

Durch das Gemeinschaftsrechtsrecht der EWG-Verordnung Nr. 1408/71 sind die Grundsätze über die Zuständigkeiten, welches Recht anzuwenden ist, geregelt worden, um damit die Form der Doppelversicherung deutscher Beschäftigter in Estland zu vermeiden. Das Gemeinschaftsrecht gilt in erster Linie für Arbeitnehmer, die die Nationalität eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz besitzen.

Seit dem 1. Mai 2004 wird grundsätzlich estnisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Expatriate in Estland seine Tätigkeit ausübt. Dies gilt unabhängig davon, in welchem Staat der Wohnort des Beschäftigten gemeldet ist, auch ist der Standort des Arbeitgebers nicht ausschlaggebend für diese Kategorisierung. Gilt estnisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Estland besitzt. Unseren Erfahrungen nach möchten 80% der Expatriates lieber über das deutsche Krankenversicherungssystem versichert bleiben. Dies ist aufgrund des Leistungsniveaus der estnischen Krankenversicherung gut nachzuvollziehen. Beispielhaft seien zudem die Rechnungsabwicklung und Versicherungsbedingungen in estnischer Sprache als auftauchende Problemfelder genannt.

Darüber hinaus gibt es eine Form eines Beschäftigungsverhältnisses, bei dem deutsches Recht angewendet wird. Grundlage hierfür ist der § 4 SGB IV:

### § 4 SGB IV – Ausstrahlung

(1) Soweit die Vorschriften über die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung eine Beschäftigung voraussetzen, gelten sie auch für Personen, die im Rahmen eines im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs bestehenden Beschäftigungsverhältnisses in ein Gebiet außerhalb dieses Geltungsbereichs entsandt werden, wenn die Entsendung infolge der Eigenart der Beschäftigung oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist.

(2) Für Personen, die eine selbständige Tätigkeit ausüben, gilt Absatz 1 entsprechend.

Wir sprechen bei dieser Form von einer „Entsendung“ im Sinne einer „Ausstrahlung“ des Expatriates nach Estland. Unter Entsendung versteht man den Fall, in dem sich der Arbeitnehmer auf Weisung seines inländischen Arbeitgebers ins Ausland begibt, um dort für ihn tätig zu werden. Insbesondere muss das Weisungsrecht des inländischen Arbeitgebers bestehen bleiben, auch wenn dies in der Praxis nur bedingt umzusetzen ist. Jegliche Geschäftsreisen bzw. Dienstreisen gelten als Entsendungen. Voraussetzung ist, dass betroffene Expatriate zuvor entweder in Deutschland beschäftigt waren oder zumindest hierzulande ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt hatten. Das Gemeinschaftsrecht limitiert die Tätigkeit im Gastgeberland in Form einer „Entsendung“ auf 12 Kalendermonate.

## Entsendung

Ob es sich um eine Entsendung handelt oder um einen klassischen Auslandsaufenthalt, ist anhand des Arbeitsvertrages und anhand der rechtlichen Kennzeichen der Beschäftigung im Ausland im Einzelfall zu prüfen. Kriterien hierfür enthält der Beschluss Nr. 181 der EG-Verwaltungskommission. Damit es sich im Sinne des SGB um eine Ausstrahlung ins Ausland handelt, müssen in jedem Fall drei Voraussetzungen erfüllt sein:

Es muss sich gemäß § 7 SGB IV um ein Beschäftigungsverhältnis in der Bundesrepublik Deutschland sein.

Es erfolgt im Rahmen dieser inländischen Beschäftigung eine Entsendung ins Ausland.

Der Zeitraum für diese Entsendung ist im vornherein zeitlich begrenzt, stets mit der Zielsetzung, dass der Entsandte anschließend wieder in die Bundesrepublik zurückkehrt und unter Aufrechterhaltung der Maßgabe, dass er auch während seines Aufenthaltes im Ausland weiter in seinem deutschen Betrieb integriert bleibt.

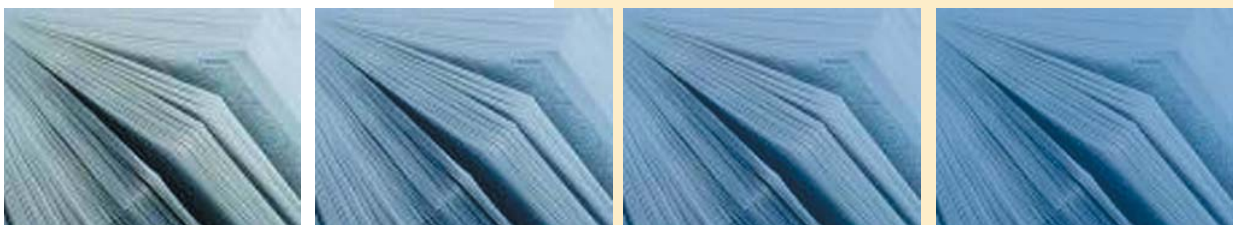
Um eine Entsendung handelt es sich auch dann, wenn

- ein Arbeitnehmer von seinem Arbeitgeber vom Inland ins Ausland verliehen wird, insofern eine entsprechende Verleiherlaubnis nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) besteht
- ein Arbeitnehmer zu einer ausländischen Tochtergesellschaft entsandt wird, insofern er weiter im deutschen Unternehmen als integriert verbleibt und das bisherige inländische Arbeitsverhältnis nicht in den Hintergrund tritt
- ein Arbeitnehmer in eine Repräsentanz im Ausland entsandt wird.

Wir haben bewusst darauf verzichtet, die sozialversicherungsrechtlichen Fallvarianten in der Entsendungslinie im Detail aufzunehmen. Auskünfte erteilt hier die „Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland“ in Bonn ([www.dvka.de](http://www.dvka.de)).

Im Rahmen des Gemeinschaftsrechts ist eine Überschreitung der 12 Monate nur in Form einer Ausnahmeregelung möglich, die bei der „Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland“ und auf estnischer Seite durch das „Sotsiaalkindlustusament“ zu beantragen ist und von diesen Institutionen auch genehmigt wird

[www.germanhealthcare.org](http://www.germanhealthcare.org)

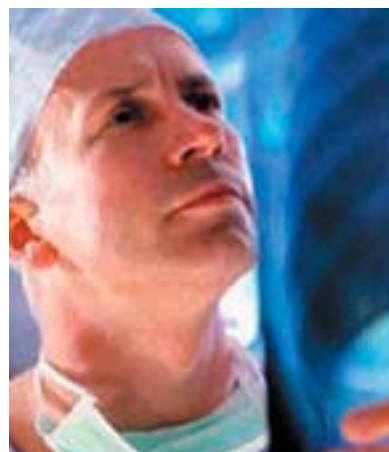


## Die estnische Krankenversorgung

Seit den Reformen in den neunziger Jahren weist das estnische Gesundheitswesen eine dreistufige Organisationsstruktur (national, regional und lokal) auf. Die Regierung, vor allem das Sozialministerium, trägt die Gesamtverantwortung für die Gesundheitsversorgung (außer für Militärangehörige und Strafgefangene), die öffentliche Gesundheit und den Gesundheitsschutz im Land. Sie stellt die Entwicklung der Gesundheitspolitik nach Empfehlungen des Staatlichen Gesundheitsrates sicher, die Planung des Gesundheitswesens, die Durchsetzung von Standards und die Zulassung für Leistungserbringer. Auf regionaler Ebene wird das Ministerium von Bezirksärzten vertreten, die für die Planung und Kontrolle der Gesundheitsleistungen und die Gesundheitsüberwachung und den -schutz der Bevölkerung zuständig sind. Der Bezirksdirektor wird von Bezirksgesundheitsräten in Fragen der Gesundheitsversorgung beraten. Die 246 Gemeinden (insofern Gemeinden oder Stadträte und Gemeindeärzte für die Gesundheitsversorgung zuständig sind), sind für die Organisation der Primär- und Sekundärversorgung und die Deckung der Bedürfnisse der öffentlichen Gesundheit verantwortlich. Die Erbringer von Gesundheitsleistungen sind hauptsächlich öffentliche Krankenhäuser oder Polikliniken (Staat oder Gemeinden). 17 regionale Krankenkassen verwalten unter der Überwachung durch die zentralen Krankenkassen – Keckhaigekassa in den 15 Bezirken und beiden Städten die gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen sind die Hauptfinanzierungsquelle für alle unter Vertrag stehenden öffentlichen Leistungserbringer. Letztere werden aber auch teilweise über das Staats- bzw. die Gemeindebudgets finanziert. Diskussionen über die Vereinigung der regionalen Krankenkassen (die im Durchschnitt weniger als 100.000 Personen verwalten) zu fünf bis sieben Kassen sollen bis Ende 2000 abgeschlossen sein.

Der Anspruch auf gesetzliche Krankenversicherung basiert meist auf dem Wohnortprinzip. Die obligatorische Krankenversicherung deckt Versicherte (1997 zahlten 634.000 Personen in die Krankenkassen ein) und nicht-beitragspflichtige Kinder bis 18 Jahre, Studenten, Rentner und Arbeitslose (796.000 Personen im Jahre 1997) ab. Die Kündigung der obligatorischen Krankenversicherung ist nicht zulässig, allerdings wird jedem Bewohner das Recht auf eine Zusatzversicherung eingeräumt. Die Ausgaben für Behandlung, verordnete Arzneimittel und Krankengeld werden von den Krankenkassen gezahlt. Von der Krankenversicherung nicht erstattet werden Kosten für kosmetische Chirurgie und alternative Therapie. Außerdem legt das Sozialministerium Zuzahlungsregelungen für bestimmte Gesundheitsleistungen fest. Barleistungen der Krankenversicherung umfassen Kranken- und Mutterschaftsgeld, Pflegegeld für die Pflege kranker Familienmitglieder zu Hause oder in einem Krankenhaus.

Die Krankenkassen zahlen den Versicherten 60 % und 80 % des durchschnittlichen Tageseinkommens für bis zu 120 Tage bei Krankenhausaufenthalt bzw. ambulanter Behandlung; 65 % bei Behandlung in einem Sanatorium; 80 – 100% für die Versorgung von kranken Familienmitgliedern und 100 % für 123 oder 140 Tage bei Schwangerschaft und Geburt. Nicht Versicherte (die Schätzungen beliefen sich im Januar 1998 auf 50 – 70.000 Personen, zumeist nicht beitragspflichtige Selbständige, Arbeitslose und illegal im Land lebende Personen) müssen für diese Leistungen selbst aufkommen, außer bei Notfallversorgungen.



## Finanzierung

In Estland werden Sachleistungen im Rahmen der Krankenversicherung hauptsächlich über Sozialsteuern finanziert, die seit 1999 nicht durch die Krankenkassen, sondern durch Finanzämter eingezogen werden. Daneben werden den Gesundheitsinspektoren, abgesehen von Zuzahlungen der privaten Haushalte, teilweise Mittel aus dem nationalen Budget zugewiesen. Die Sozialsteuer ist einkommensabhängig. Sie macht 13 % der Arbeitnehmergehälter aus, die an die Arbeitgeber abgeführt werden. Selbständige zahlen den gleichen prozentualen Anteil ihres Bruttoeinkommens. Die zentrale Krankenkasse weist den 17 regionalen Krankenkassen dem Pro-Kopf Prinzip entsprechend Gelder zu (weder gewichtet nach Geschlecht oder Alter noch aufgrund sonstiger sozial-ökonomischer Kriterien angeglichen). Seit 1998 werden die Unterhaltskosten für Krankenhäuser auch von der Krankenversicherung bezahlt, da die Gemeinden die Erhaltung der Krankenhäuser nicht sicherstellen. Die Gesundheitsausgaben nahmen 1998 verglichen mit 1997 um 23% zu. Außer den oben erwähnten Leistungen zahlen die Krankenkassen teilweise auch für die Implementierung öffentlicher Gesundheitsprogramme. Es wird geschätzt, dass 1998 11% der gesamten Gesundheitsausgaben privat finanziert wurden, während der Input der Krankenversicherung 77% betrug, die des Staates 9% und der Gemeinden 3%. Die gesamten Gesundheitsausgaben betragen 4500 Mio. EEK (284 Mio. Euro), wovon der öffentliche Sektor 89% beitrug. Dies entspricht ca. 6% des Bruttoinlandsprodukts.

### Stationäre Versorgung

Die Krankenhäuser werden durch die Gemeinden (sekundäre Versorgung) und durch den Staat (tertiäre Versorgung) überwacht. Experten beobachten einen Mangel an Planung für Pflegeleistungen und Schwierigkeiten, die Investitionskosten zu begleichen. Die Krankenhäuser schließen mit den Krankenkassen Einjahresverträge. In diesen Verträgen, die zumeist historisch bedingte Muster der Leistungserbringung reflektieren, werden die Versorgung und der Umfang der Leistungen definiert. Die Preisliste für Krankenhausleistungen (in Punkten) wird durch das Sozialministerium festgesetzt. Die Krankenhäuser werden nach Pflegeetagen und der Anzahl der erbrachten Leistungen bezahlt. Die Vergütungshöhe ist reduziert für Krankenhaustage, die die durchschnittliche Verweildauer bestimmter Fachdisziplinen übersteigen. Globalbudgets werden auch für Pflegeeinrichtungen verwendet. Die Anzahl der Krankenhäuser wurde 1993 drastisch von 115 auf 79 im Jahre 1997 (einschließlich sieben probater Krankenhäuser) verringert. 1997 standen 10.794 Betten (davon 2 % in privaten Krankenhäusern) für die stationäre Versorgung zur Verfügung (7,42 Betten je 1000 Einwohner). So verringerte sich, verglichen mit 1993, die Zahl der Betten um ein Viertel. Ungeachtet der bedeutenden Kürzung bei der Bettenversorgung verschlechterte sich die Bettenauslastung von 84,2 % im Jahre 1993 auf 74 % im Jahre 1997 und sank aufgrund des Rückgangs der Krankenhausfälle (1997 waren es 18.830 Krankenhausfälle weniger als 1993) und Verweildauer (1993 minus 4,5 Tage).

Während sich die Anzahl der Akutbetten zwischen 1993 und 1997 um 24 % erheblich verringerte, blieb das Verhältnis der Betten für chronisch Kranke je 1000 Einwohner von 1995 – 1997 gleich (etwa 0,5 Betten). Langzeitpflege umfasst die psychiatrische Versorgung, vor allem in Fachkliniken, und die Pflegeversorgung sowohl in Pflegeheimen als auch in Fachabteilungen innerhalb der Akutkrankenhäuser. Die Sekundärversorgung in Krankenhäusern erfolgt auf zwei Ebenen, zum einen an kleinen Gemeinde-Krankenhäusern (neben innerer Medizin wird hier vor allem Langzeitpflege erbracht) und zum anderen auf Bezirksebene an größeren Krankenhäusern (bis zu 300 Betten), die beinahe alle Arten von fachärztlichen Leistungen erbringen. Tertiäre Gesundheitsversorgung konzentriert sich auf die Städte Tallinn und Tartu. Diese Krankenhäuser sind mit Ausnahme des Universitätsklinikums von Tartu, das in eine private Einrichtung umgewandelt wurde, alle im Besitz des Staates oder von Gemeinden.

# German Healthcare Portal for Expatriates

## Ambulante Versorgung

Die Gesamtzahl der Arztkonsultationen pro Kopf erhöhte sich 1997 auf bis zu 7 verglichen mit 5,8 im Jahre 1993. Nach Schätzungen erbrachten privat praktizierende Ärzte fast 13,7 % der Gesamtzahl der Arztkonsultationen im Jahre 1997. Seit 1997 wird der Einführung eines Hausarztmodells für die Primärversorgung Nachdruck verliehen. Geplant ist, ein Netz von 800 Hausarztpraxen im ganzen Land einzurichten (1998 gab es 300 solcher Einrichtungen). Der Praxiseinzugsbereich von 1500 – 2300 Personen wird normalerweise vom Bezirksarzt festgelegt. Die Hausarztpraxen können sich sowohl im Besitz der Gemeinden als auch in Privatbesitz befinden. 1997 waren ungefähr 797 oder 17 % aller Ärzte Allgemeinmediziner. Die Vergütung der Hausärzte umfasst eine Basispauschale durch die Krankenkassen, (sie deckt die Fortbildungskosten des Arztes und seines Assistenten, die laufenden Praxiskosten und Kosten für technische Einrichtung), die Pro-Kopf-Vergütung pro eingetragener Person (für die ärztlichen Grundleistungen) und bestimmte Einzelleistungsvergütungen (mit der Obergrenze von 18 % der von der Krankenkasse insgesamt erhaltenen Einnahmen) und schließlich Extragebühren, die von der Qualifikation des Arztes und von räumlichen Entfernungen des Sekundär- und Tertiärversorgung abhängen. Wo es keine Hausarztpraxen gibt, werden Leistungen der Primärversorgung für die lokale Bevölkerung nach dem Einzelleistungsprinzip erstattet. Sekundäre ambulante ärztliche Leistungen werden von Fachärzten in Polikliniken, ambulanten Abteilungen von Krankenhäusern oder in deren eigenen Praxen erbracht. Die Vergütung der Leistungserbringer erfolgt auf der Basis von Einzelleistungsvergütung und Fallpauschalen. Der Großteil der ambulanten ärztlichen Leistungserbringer sind Angestellte der Gemeinden. Private Leistungserbringer gewähren meistens Leistungen auf den Gebieten der Gynäkologie, Urologie, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie der Augenheilkunde. Sie schließen Verträge mit den Krankenkassen und werden ähnlich wie die öffentlichen Leistungserbringer erstattet, können aber höhere Preise verlangen (die Differenz ist von den Patienten zu bezahlen). Hausärzte fungieren nur teilweise als „Gatekeeper“, wobei die Patienten bestimmte Fachärzte ohne Überweisung aufsuchen können (z. B. Gynäkologen und Augenärzte).

Zahnärztliche Versorgung

## Leistungen

Zwischen 1993 und 1997 stieg die Zahl der Zahnärzte signifikant um 19 % auf bis zu 963 Zahnärzte an. Entsprechend der Anzahl der Zahnärzte je 1000 Einwohner (0,66) nimmt Estland den ersten Rang zum Schluss dieses Zeitraumes unter den MOEL ein. In Estland sind 75 % der Zahnärzte selbständig.

## Arzneimittel

Alle Aktivitäten innerhalb des pharmazeutischen Sektors werden vom Sozialministerium genehmigt und kontrolliert. Die staatliche Arzneimittelagentur ist an der Registrierung und Genehmigung der im Land zu vermarktenden pharmazeutischen Produkte beteiligt. Die Preise für Groß- und Einzelhandels sind festgesetzt. Zwischen 1993 und 1997 stieg die Anzahl der Apotheker auf 764 stark an und entsprach im Jahre 1997 einem Verhältnis von 0,53 je 1000 –Einwohner. 1995 gab es in Estland 286 Apotheken (einschließlich 49 Krankenhausapotheken). Die Apotheken und der Großhandel befinden sich meist in Probatbesitz. Es gibt eine öffentliche und drei private Arzneimittelhersteller, die 1995 mehr als 100 Arzneimittel herstellten, während die Inlandsproduktion 17 % des Marktes in Estland 1995 umfasste. Die Einhaltung des GMP-Standards ist für alle Hersteller obligatorisch. Seit 1992 gibt es eine Positivliste für die wichtigsten Medikamente.



## Das deutsche Krankenversicherungssystem

Betrachten wir das deutsche Gesundheitswesen, so dominieren zwei Träger:

die gesetzliche (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV). Eine Besonderheit unseres Gesundheitswesens ist, dass die private neben der gesetzlichen Krankenversicherung als eine substitutive Einrichtung existiert.

Grundsätzlich haben Bundesbürger die Wahl zwischen den Systemen. Allerdings schränkt das Sozialgesetzbuch einige Gruppen in ihrer Wahlfreiheit, ob sie gesetzlich oder privat versichert sein wollen, ein.

Die im § 6 SGB V definierten Gruppen wie Beamte, Selbstständige und Angestellte mit einem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (derzeit 46.350 Euro) haben das Wahlrecht zwischen den Institutionen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Alle übrigen Bundesbürger sind in den gesetzlichen Kassen pflichtversichert. Erfahrungsgemäß gehören die Expatriates zu der Einkommensklasse der freiwillig Versicherten.

Im Folgenden werden beide Systeme in ihrer Besonderheit der Leistung und Rechnungserstattung für die Region Estland dargestellt.



## Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Estland

Für den Fall, dass der Expatriate in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zwangsversichert ist oder sich als freiwilliges Mitglied ausdrücklich für den Krankenversicherungsschutz in der Gesetzlichen entschieden hat, besteht in Estland eingeschränkter Krankenversicherungsschutz.

Das Gemeinschaftsrecht fordert, dass der entsandte Arbeitnehmer während seines Auslandsaufenthaltes in der Form versichert bleibt, in der er bereits vor seiner Entsendung in Deutschland versichert war. In diesem Fall sind weiterhin die Beiträge der Krankenversicherung vom Arbeitgeber und Expatriate gleichenteils zu zahlen. Allerdings hat der Entsendete zwei Alternativen der Leistungserstattung.



**1.)** Der Expatriate bleibt auch während der Entsendung im Rahmen der Leistungen des SGB V in seiner Krankenkasse versichert. Das gilt auch für die Familie, denn Familienmitglieder, die nach § 10 SGB V im der Familienversicherung mitversichert sind, genießen den gleichen Krankenversicherungsschutz im Ausland. Problematisch ist in diesem Zuge die Abwicklung der Leistungen, da in Estland die deutschen Krankenkassen nicht mit den Leistungsträgern in Estland vertraglich kooperieren.

Mit Hilfe des § 17 SGB V wurde diese Gesetzeslücke geschlossen. Dort heißt es:

(1) Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber.

Satz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.

(2) Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Inland entstanden wären.

# German Healthcare Portal for Expatriates

Durch dieses Gesetz verpflichtet sich der Arbeitgeber dazu, die im Ausland entstehenden Arztrechnungen für den Beschäftigten in voller Höhe vorzufinanzieren.

Danach kann das Unternehmen diese Rechnungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung, in der der Angestellte versichert ist, einreichen.

Leider birgt dieses Abrechnungsmodell eklatante Schwächen für die Akteure, da die gesetzliche Krankenversicherung nicht alle Leistungen vollständig anerkennt.

Zum einen werden die Differenzbeträge zwischen realen Kosten im Ausland und den tatsächlich erstatteten Beträgen durch die gesetzliche Krankenversicherung auf den Arbeitnehmer umgelegt, zum anderen sind nicht alle Leistungsbereiche im SGB geregelt. Kosten der Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschutz unterliegen §§ 195 bis 200g der Reichsversicherungsordnung (RVO) und werden von keinem Träger finanziert.

Diese Kosten kann der Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer in Rechnung stellen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese Kostenbelastung mit entsprechenden Versicherungsprodukten abzudecken.

Auch birgt dieses Abrechnungssystem datenschutztechnische Tücken. Voraussetzung für die Kostenerstattung bei den entsprechenden Krankenkassen sind detaillierte Rechnungen, die im Vorwege dem Arbeitgeber für die Vorfinanzierung an die Hand gegeben werden. Parallel hat aber der Arbeitgeber kein Recht, im Sinne des Datenschutzes diese Rechnungen, die Auskunft über Art der Erkrankungen erteilt, einzusehen.



## Abrechnungsmodell

**2.)** Für Arbeitnehmer, die vorübergehend eine Beschäftigung in Estland ausüben und weiterhin in Deutschland gesetzlich versichert sind gibt es eine weitere Alternative. Sie können die Sachleistungen der estnischen Krankenversorgung in Anspruch nehmen. Hiefür benötigen Sie das als Anspruchbescheinigung das Formular E106, das von ihrer zuständigen Krankenkasse ausgehändigt wird. Die entsprechenden Leistungen des estnischen Systems sind in diesem Merkblatt bereits dargestellt.

Allerdings ist es aufgrund der Beitragshöhe und des Leistungsspektrums sinnvoll, bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung die Private Vollversicherung als ernstzunehmende Alternative zu diskutieren.

## Leistungen der privaten Krankenversicherung im Ausland

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Leistungen bei der privaten Krankenversicherung individuell von Versicherungsgesellschaft und Versicherungstarif abhängig.

Aus diesem Grunde kann man nicht wie bei der Gesetzlichen von einem einheitlichen Leistungskatalog sprechen.

Insbesondere hier zeichnet sich die Private jedoch dadurch aus, dass der Versicherte bei Antragstellung seinen Versicherungsschutz auch darüber hinaus im Rahmen der Tarife frei wählen kann.

Deshalb kann die private Krankenversicherungswirtschaft flexibel auf die Bedürfnisse der Expatriates reagieren und entsprechende Tarife entwickeln. Grundsätzlich gelten zur Definition der Basisleistung für alle Versicherungsgesellschaften jedoch die gleichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Jede Versicherung kann darüber hinaus Abweichungen, welche die AVB nicht niedriger stellen, frei gestalten. Diese individuellen Details des Leistungsanspruchs der einzelnen Tarife sind ferner in den Tarifbedingungen konkretisiert. Grundsätzlich ist das Leistungsversprechen privater Krankenversicherer höher. Eine Auflistung der Leistungsunterschiede beider Systeme im Detail würde den Rahmen dieser Broschüre allerdings sprengen.

Zu den Highlights der privaten Krankenversicherung gehören:

- die freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses auch im Ausland, der Status des Privatpatienten bei Ärzten und in Krankenhäusern (optimale Behandlung, da keine Restriktionen durch Budgets),

- Erstattung der Kosten für Zahnersatz von mindestens 60 Prozent (je nach Tarifwahl bis auf 100 Prozent steigerbar), je nach Tarif Einbettzimmer und Chefarztbehandlung, je nach Tarif Erstattung auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte,

- je nach Tarif Erstattung der Kosten für Heilpraktiker-Behandlung und Psychotherapie, Krankenversicherungsschutz außerhalb des Heimatlandes, höhere Erstattungssätze bei Arzneimittel, Hilfsmittel und Brillen.

Für den im Ausland beschäftigten Angestellten ist vor allem der Geltungsbereich der privaten Krankenversicherung relevant.

In den AVB § 1 Abs. 4 heißt es:

AVB § 1 Abs. 4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Einige deutsche Krankenversicherer bieten überdies Krankenversicherungsschutz ohne Limitierung in der Dauer des Aufenthalts, so dass diese Tarife eine interessante Alternative für alle im Ausland arbeitenden Deutschen sind.

Das German-Healthcare-Portal kooperiert verstärkt mit den Gesellschaften, die nicht nur einen vorübergehenden Aufenthalt abdecken, sondern auch Tarife bereitstellen, die auch dauerhaft Ansässige günstig versichern.



### Tipps von Experten einholen!

Wann es sinnvoll sein kann, weiterhin Mitglied der gesetzlichen deutschen Krankenversicherung zu bleiben, wann eine Police für „Expatriates“ in Frage kommt oder ob ein Versicherungsschutz im Ausland die Lösung ist, erfährt man bei der Hotline des Kunden-Service-Centers vom **German-Healthcare-Portal**.

Die Spezialisten sind montags bis freitags von **9 bis 16 Uhr** (MEZ) zu erreichen. Die Beratung ist **kostenfrei. + 49 (0) 1805726536**



Bitte senden Sie mir ein konkretes Angebot zu.

Fax 0341-5614556

Firma/Einzelperson

Branche (bei Firma)

Straße

Citycode, Ort

Land

Geburtsdatum (bei Einzelperson)

Telefon

Fax

E-mail

Ansprechpartner (bei Firma)

Anzahl der Mitarbeiter (bei Firma)

Sonstiges

pkvonline.com  
Kickerlingsberg 6  
04105 Leipzig  
Tel: 01805-726536  
Fax 0341-5614556



# German Healthcare Portal for Expatriates

## **Disclaimer**

Das German-Healthcare-Portal ist eine Informationsplattform der pkvonline.com GmbH. Die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen beruhen auf öffentlich zugänglichen Quellen, die die pkvonline.com GmbH für zuverlässig hält. Die pkvonline.com GmbH kann keine Garantie für die Richtigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit der Angaben übernehmen, und keine Aussage in diesen Texten ist als solche Garantie zu verstehen. Alle Aussagen geben die aktuelle Einschätzung des Verfassers/der Verfasser wieder.

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Meinungen können sich ohne vorherige Ankündigung ändern. Die pkvonline.com GmbH übernimmt in keinster Art die Haftung für die Verwendung dieser Informationen oder deren Inhalt.

Weder diese Veröffentlichung noch ihr Inhalt noch eine Kopie dieser Veröffentlichung darf ohne die vorherige ausdrückliche Erlaubnis von der pkvonline.com GmbH auf irgendeine Weise verändert oder an Dritte verteilt oder übermittelt werden.

pkvonline.com GmbH  
Kickerlingsberg 6  
04105 Leipzig  
Tel: 01805-726536  
Fax 0341-5614556  
Email [info@germanhealthcare.org](mailto:info@germanhealthcare.org)