

# Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

## Ländermerkblatt Lettland



Stand 09/2004



*German Healthcare Portal  
for Expatriates*



## Deutsche Expatriates in Lettland

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

Lettland 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 Lettland in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit lettisches 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 Lettland 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 lettisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Expatriate in Lettland 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 lettisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Lettland besitzt. Unseren Erfahrungen nach möchten 80% der Expatriates lieber über das deutsche Krankenversicherungssystem versichert bleiben. Dies ist aufgrund des Leistungsniveaus der lettischen Krankenversicherung gut nachzuvollziehen. Beispielhaft seien zudem die Rechnungsabwicklung und Versicherungsbedingungen in lettischer 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 Lettland. 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 handeln.

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.

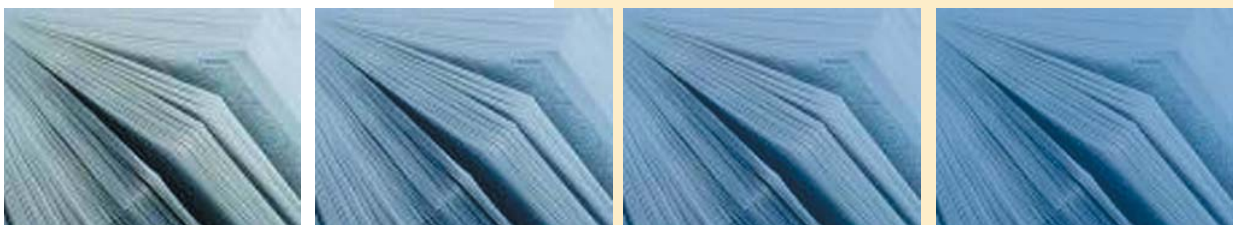
Um eine Entsendung handelt es sich auch dann, wenn

- 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 lettischer Seite durch das „Valsts socialas apdrosinasanas“ zu beantragen ist und von diesen Institutionen auch genehmigt wird.

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



## Die lettische Krankenversorgung

Mit den Reformen von 1990 wurde eine Dezentralisierung des öffentlichen Gesundheitswesens eingeleitet. Bis 1997 teilten die Zentralregierung sowie die 33 Kommunen die Verantwortung für die Finanzierung und Versorgung des Gesundheitswesens. Seit 1998 kam es zu einer Umkehrung des Prozesses, wodurch die finanziellen Mittel überwiegend bei den regionalen Krankenkassen lagen. Der Staat ist für die Gesetzgebung, die Richtlinien und Überwachung der Kommunen bei Fragen der Gesundheitspolitik und der Finanzierung von großen nationalen Krankenhäusern sowie nationalen Programmen verantwortlich. Die Kommunen sind für die Planung und Finanzierung der Prävention, einschließlich schulärztlicher Programme verantwortlich. Die 33 Kommunen sind für die primäre und sekundäre Gesundheitsversorgung zuständig. Die Leistungserbringung wird von den lokalen Gesundheitsbehörden organisiert. Bis 1997 wurden diese Leistungen (Leistung der Grundversorgung) hauptsächlich aus den Einnahmen auf lokaler Ebene über ein Budget finanziert, das durch die Ortskrankenkassen verwaltet wurde. Den Kommunen obliegt durch die Gesundheitsbehörden und Krankenkassen die Einstellung von Gesundheitsmanagern, der Abschluss von Leistungsverträgen, die Mittelverteilung, die Zulassung von Einrichtungen sowie die Festsetzung der Härtefallregelungen. Seit 1997 wurden die Verantwortlichkeiten der Kommunen eingeschränkt, die Gesundheitsbehörde hat aber noch ein Mitspracherecht bei der Verwaltung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Das Sozialministerium ist für die tertiäre Versorgungsverwaltung und -planung, die Behandlung von Tuberkulose und Geisteskrankheiten, für die Onkologie und andere Leistungen verantwortlich, die in staatlichen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden (Staatsprogramme). Es teilt seit 1998 die Verantwortung in der Finanzierung dieser Einrichtungen mit dem staatlichen Krankenversicherungsinstitut Slimokase.

Großteil der Ärzte ist in Polikliniken beschäftigt, die Privatisierung hat dennoch begonnen. Seit 1994 sind der Großteil der zahnärztlichen Versorgungseinrichtungen und die Apotheken privat geführt. Ein verhältnismäßig großer Anteil der Polikliniken in großen Städten sind private gemeinnützige Einrichtungen. Private Polikliniken sind von der öffentlichen Finanzierung nicht ausgeschlossen. Ärzte und sonstige Beschäftigte sind Anteilseigner dieser Einrichtungen, in einigen Fällen sind die Beschäftigten aber auch Anteilseigner von kleinen und mittleren Krankenhäusern. Die Bevölkerung mit festem lettischen Wohnsitz ist im nationalen Gesundheitssystem versichert. 1999 war Lettland vermutlich das einzige MOEL, das keine Krankenversicherungsgesetz hatte. Gemäß Art. 4 des Gesetzes „zur medizinischen Versorgung“ (1997) werden die Finanzierungsmodalitäten, die Art und der Umfang der Leistungen, die über den Staatshaushalt finanziert werden sowie Zahlungsmodalitäten durch Kabinettsbeschluss bestimmt. Die nationale Versorgung hinsichtlich des bereitgestellten Leistungsumfangs sowie der öffentlichen Gesundheitsausgaben werden jährlich festgelegt. Unter der Dezentralisierung wurden Überweisungen nur in einigen Kommunen erforderlich. Auch im Bezug auf die Einschreibung bei einem Primärarzt (Allgemeinarzt) gibt es 1999 keine strenge nationale Regelung. Nur in einigen Kommunen müssen die Versicherten eingetragen sein. Im Frühjahr 1999 waren weniger als 50 % der Bevölkerung eingeschrieben. Die Vergütung basiert auf den Sachleistungsprinzip.



## Die lettische Krankenversorgung

Die von dem Lettischen Nationalen Gesundheitssystem gewährten Sachleistungen werden sowohl über festgesetzte Gesundheitssteuern als auch über die Selbstbeteiligung der privaten Haushalte finanziert. Der jährlich festgesetzte Prozentsatz der persönlichen Einkommenssteuer bis 1997 (fast 30 %) war die finanzielle Grundlage der Gesundheitsfinanzen sowie der Finanzen der Krankenkassen. Dadurch werden über 50 % der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben festgelegt. Weitere 45 % werden durch allgemeine öffentliche Einnahmen finanziert, der Rest über Verbrauchssteuern. Steuern werden durch nationale Steuerbehörden verwaltet. 1997 wurden finanzielle Mittel der lokalen Krankenkassen zentralisiert und aus dem Budget der Zentralregierung berechnet. Damit wurde auch die Finanzierung der Leistungen der Grundversorgung den Krankenkassen übertragen. 1995 machte das Grundleistungspaket 62,6 % der öffentlichen Finanzierung aus, 1998 64,7 %. Im Sommer 1998 wurden die Krankenkassen zu acht regionalen Krankenkassen zusammengeschlossen.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben insgesamt am BIP stiegen geringfügig von 6,41 % im Jahre 1993 auf 6,4 % im Jahre 1997 insgesamt etwa 39,7 % und der öffentliche Anteil 60,3 %. 1996 betragen die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Lettland 3,9 % des Bruttoinlandsprodukts, wovon über 60 % durch die Kommunen und 40 % durch den Staat gedeckt sind. Der Anteil am BIP ist seit 1993 stabil. In der Realität muss die Mehrheit der Bevölkerung bei ambulanten und stationären Leistungen zuzahlen. 1996 belief sich der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den Gesundheitskosten insgesamt auf ungefähr 33 %. Dieser Wert ist einer der höchsten in den MOEL. Der Anteil der Gesundheitsausgaben insgesamt am BIP (Krankengeld ist nicht enthalten) war 5,8 %. Da der jährliche Zuwachs der privaten Gesundheitsausgaben höher als die Steigerungsrate für die öffentlichen Gesundheitsausgaben war, erhöhte sich der Anteil der Beitragszahlungen innerhalb des Gesundheitssektors. Über 10 % der privaten Ausgaben werden über die private Versicherung gedeckt und die Bedeutung der privaten Versicherung, insbesondere der Zuzahlungen, wächst. Seit 1994 werden Krankenhäuser durch Krankenkassen auf der Grundlage der Leistungen eines Krankenhaustages gezahlt. Für die Krankenhaustage, die die Standard-Verweildauer übersteigen, werden 60 % des Preises gezahlt. Der Preis pro Krankenhaustag hängt zumindest bis 1999 stark von Einnahmen und Ausgaben einer bestimmten Krankenversicherung ab. Der Preis pro Krankenhaustag, der durch die größte Kasse gezahlt wurde, war fast vier- bis dreimal höher als der, der von der kleineren Kasse im Jahre 1995 und 1997 gezahlt worden war.

## Leistungen

### Stationäre Versorgung

Die Krankenhäuser werden hauptsächlich durch die Kommunen überwacht, die auch für die Krankenhausplanung verantwortlich sind. Das Ministerium ist für die nationalen Krankenhäuser verantwortlich, die sich in Riga konzentrieren. 1997 standen ungefähr 24.000 Betten für die stationäre Versorgung zur Verfügung (9,6 Betten pro 1.000 Einwohner). Obwohl sich die Zahl der Betten seit 1993 um 24 % verringerte (85 % seit 1985), hatte Lettland immer noch die dritt höchste Bettendichte der MOEL. Seit dem Reformbeginn gibt es für die Patienten keine formalen Einschränkungen für die Wahl der Krankenhausbehandlung innerhalb ihrer Kommunen, bis 1998 war dies aus finanziellen Gründen beschränkt. Die Zahl der Krankenhaufälle betrug 21,6 je 100 Einwohner, die sich jährlich um 1,7 erhöhen. Die Verweildauer verringerte sich drastisch (seit 1993 um 25 % für vier Jahre), aber ist immer noch über dem Durchschnitt der MOEL- und der EU-Länder. Die Anzahl des Krankenhauspersonals ist abgesehen vom starken Rückgang der Zahl der Hebammen (seit 1993 21 % über vier Jahre), der durch den noch stärkeren Rückgang der Geburten verursacht wurde (26 % für den selben Zeitraum), fast stabil geblieben.

### Ambulante Versorgung

In Lettland erfolgte die ambulante medizinische Versorgung von allem durch Internisten, Kinderärzte und seit kurzem auch durch zugelassene Allgemeinärzte, die in Gesundheitszentren angestellt sind. Letztere sind teilweise Eigentum der Ärzte und teilweise der Kommunen. Daneben gibt es auch noch privat praktizierende Ärzte oder Gemeinschaftspraxen. 1997 waren etwa 20 % der ambulanten niedergelassenen Ärzte Allgemeinmediziner. Die Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte betrug insgesamt 7200. Das Besondere an Lettland ist der Rückgang der Ärztezahlen jährlich um 3,2 % zwischen 1993 und 1997. Die Abwanderung in besser bezahlte Bereiche sowie die Emigration russisch sprechender Ärzte waren hierfür die Hauptursache. Eine „gatekeeping“-Funktion der in der Primärversorgung tätigen Ärzte wird zwar von der offiziellen Politik gefördert, wurde aber bis heute nicht durchgesetzt.

Eine nationale Gesamtplanung für die medizinische Leistungserbringung wurde noch nicht entwickelt, doch wurden bestimmte Kostendämpfungsmaßnahmen wie die Reduzierung der Zahl der Medizinstudenten und die Einführung von Zuzahlungsregelungen für Patienten ergriffen. Leistungen im Rahmen der Primärversorgung werden auf der Basis von Pro-Kopf oder Einzelleistungsvergütung entsprechend der Entscheidung der Gemeinde vergütet. Es gibt ein nationales Punktesystem, doch bestimmt sich der Punktwert wie auch der Preis pro Belegtag nach dem Budget der jeweiligen Krankenkasse. Die Vergütung ambulanter Fachärzte erfolgt nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung. Eine Überweisung ist in einigen Kommunen nicht erforderlich.

### Zahnärztliche Versorgung

Die Mehrzahl der zahnärztlichen Behandlungen wird seit 1994 von privat praktizierenden Zahnärzten durchgeführt. 1997 gab es etwa 1.111 Zahnärzte in Lettland. Die Zahnärztdichte erreichte in Lettland einen Wert von 0,45 je 1.000 Einwohner. Für Kinder bis zum 18. Lebensjahr ist die zahnärztliche Versorgung kostenlos, doch ist diese in Städten aufgrund des Mangels an Zahnärzten eingeschränkt. Für die übrigen Bevölkerungsgruppen gibt es keine kostenlose Zahnbehandlung. Arzneimittel Gemäß den Regulierungen soll die Differenz zwischen dem Einkaufs- und Verkaufspreis 15 % nicht übersteigen.

## 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 Lettland dargestellt.



## Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Lettland

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 Lettland 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 in der Familienversicherung mitversichert sind, genießen den gleichen Krankenversicherungsschutz im Ausland. Problematisch ist in diesem Zuge die Abwicklung der Leistungen, da in Lettland die deutschen Krankenkassen nicht mit den Leistungsträgern in Lettland 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 Lettland ausüben und weiterhin in Deutschland gesetzlich versichert sind gibt es eine weitere Alternative. Sie können die Sachleistungen der lettischen Krankenversorgung in Anspruch nehmen. Hiefür benötigen Sie das als Anspruchbescheinigung das Formular E106, das von ihrer zuständigen Krankenkasse ausgehändigt wird. Die entsprechenden Leistungen des lettischen 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)