

# Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

## Ländermerkblatt Litauen



Stand 09/2004



*German Healthcare Portal*

*for Expatriates*

## Deutsche Expatriates in Litauen

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

Litauen 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 Litauen in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit litauisches 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 Litauen 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 litauisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Expatriate in Litauen 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 litauisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Litauen besitzt. Unseren Erfahrungen nach möchten 80% der Expatriates lieber über das deutsche Krankenversicherungssystem versichert bleiben. Dies ist aufgrund des Leistungsniveaus der litauischen Krankenversicherung gut nachzuvollziehen. Beispielhaft seien zudem die Rechnungsabwicklung und Versicherungsbedingungen in litauischer 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 Litauen. 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 litauischer Seite durch das „Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba“ zu beantragen ist und von diesen Institutionen auch genehmigt wird.

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



## Die litauische Krankenversorgung

Aufgrund der Dezentralisierung des litauischen Gesundheitswesens innerhalb der letzten 10 Jahre, teilen sich heute drei verschiedene Verwaltungsebenen (zentrale, regionale und lokale) die Verantwortung für die medizinische Leistungserbringung. Das lokale Primärversorgungsnetz und kleine bis mittelgroße Krankenhäuser sind 56 Gemeinden unterstellt. Fachärztliche Versorgungseinrichtungen befinden sich zumeist im Eigentum der 10 Bezirke mit Ausnahme einiger tertiärer Gesundheitseinrichtungen, die direkt dem Gesundheitsministerium und zwei Universitäten unterstellt sind. Die Gesundheitsversorgung für Militärangehörige und Strafgefangene stellen organisatorisch ein jeweils eigenes System dar, das unter der Kontrolle des Verteidigungs- bzw. Innenministeriums steht. Alle Einrichtungen, die vertraglich mit den 10 Gebietskrankenkassen verbunden sind, werden entsprechend den Vereinbarungen der Pflichtversicherung finanziert.

Dem Staat obliegt die Verantwortung für die Gesetzgebung, Regulierung (z. B. Akkreditierung, Lizenzerteilung und Überwachung) der Gesundheitseinrichtungen und des pharmazeutischen Sektors, die Durchsetzung der nationalen Gesundheitspolitik durch staatliche Gesundheitsprogramme und Investitionsentscheidungen. Die 10 Bezirke stellen als Arm der Zentralregierung die regionale Verwaltungsebene dar. Bezirksärzte als Vertreter der Bezirksverwaltung entscheiden zusammen mit dem Gesundheitsministerium über Veränderungen oder die Aufrechterhaltung von Einrichtungen der Sekundärversorgung; zumeist sind dies Bezirks- oder Fachkliniken. Die 56 Gemeinden sind unabhängige Entscheidungsträger bei Fragen der öffentlichen Gesundheit und primären Gesundheitsversorgung der lokalen Bevölkerung. Ihnen obliegt die Verantwortung für allgemeinärztliche Leistungen, zahnmedizinische und ambulante psychiatrische Versorgung, Notfall- und Pflegedienste einschließlich Pflegeleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen sowie kleine und mittelgroße Allgemeinkrankenhäuser. Daneben wird ein Teil der Kosten für Zahnersatz für sozial schwache Gruppen über das Budget der Gemeinden gedeckt.

Ein Großteil der Bevölkerung ist über die staatliche gesetzliche Krankenkasse (Ligoiu kasos) versichert. Erwerbstätige (zumeist Angestellte und Selbständige) bezahlen ihre Beiträge selbst oder der Arbeitgeber übernimmt die Zahlungen an die staatlich gesetzliche Krankenversicherung VLK. Die Beiträge der Staatsbedingsteten werden über das Staatsbudget bezahlt. Regelmäßig beschäftigte Arbeitnehmer sind über die staatliche soziale Versicherung (SODRA) gegen Arbeitsunfähigkeit versichert, während die Seit 1997 werden Gesundheitsleistungen hauptsächlich über das gesetzliche Krankenversicherungssystem „Valstybine ligoiu kasa“ (VLK) finanziert.

Dieses ist als öffentliches Staatsmonopol mit 10 regionalen Zweigstellen, den sogenannten territorialen Krankenkassen, organisiert. Die VLK deckt etwa 85% der öffentlichen Gesundheitsausgaben, die im Wesentlichen über die allgemeinen Steuern finanziert werden. 1997 stellten die vorgesehenen Beiträge (3% der Lohnsumme) 10,4% der Einnahmen des VLK dar; andere Quellen sind einkommensteuerbezogene Beiträge und Zuschüsse aus dem Staatsbudget für ältere Personen, Behinderte und Kinder. Das Gesundheitsministerium finanziert größere Investitionen, nationale Programme und öffentliche Gesundheitseinrichtungen. Die Gemeinden finanzieren lokale Gesundheitsprogramme und Investitionen in Gemeindekrankenhäusern und ambulanten Kliniken. Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben betrug 1997 insgesamt etwa 26,9%, der öffentliche Anteil 73,1%. Über die Hälfte der privaten Gesundheitsausgaben stehen im Zusammenhang mit Arzneimittelausgaben. 1997 lag der Anteil der Gesundheitsausgaben insgesamt am BIP bei 6,43%, während er 1993 bei 5,63% lag.



## Stationäre Versorgung

Kleine und mittlere Krankenhäuser wurden 1998 von Gemeinden, große regionale Krankenhäuser von den Bezirken (apskritits) verwaltet; die Universitätskrankenhäuser standen unter der Verwaltung des Gesundheitsministeriums. Vor 1997 waren die meisten Gesundheitseinrichtungen als Krankenhäuser mit ambulanten und stationären Abteilungen konzipiert. Sie wurden auf der Grundlage eines festen Budgets (für Gehälter, Verpflegung Arzneimittel und anderes), hauptsächlich unter Berücksichtigung des bisherigen Ausgabenvolumens, finanziert. Etwa 65 % der gesamten Gesundheitsausgaben wurden den stationären Sektor (einschließlich Kureinrichtungen) zugewiesen. Seit 1997 hat sich die Vergütung der Krankenhäuser grundlegend geändert. Die laufenden Ausgaben für die stationäre Versorgung werden nach erbrachten Leistungen vom gesetzlichen Krankenversicherungssystem übernommen. In den Jahren 1997 und 1998 gab es weder Rationalisierungspläne noch eine Leistungs- oder Vergütungsbegrenzung seitens der Krankenversicherung. Abgesehen von radikalen Veränderungen bei der Finanzierung (weg von einem fest strukturierten Budget mit festen Ausgabekategorien hin zu einem System basierend auf Fallpauschalen), wurde das Finanzierungssystem der öffentlichen Leistungserbringer liberalisiert. Seit 1997 sind auf der Basis des Gesetzes über Gesundheitseinrichtungen öffentliche Einrichtungen als gemeinnützige gesetzliche Einheiten registriert. Die Verwaltungen können dabei frei über interne Ausgabenstrukturen und Lohnpolitik (in Absprache mit den Gewerkschaften) entscheiden. Diese Reformen wie auch das ineffiziente Überweisungssystem führten zu einem starken Anstieg der Krankenhauseinweisungen von 18,7 im Jahre 1993 auf 21,2 je 100 Einwohner im Jahre 1997 und 24,2 im Jahre 1998. 1997 gab es in Litauen 36.400 Krankenhausbetten. Seit 1993 sank die Zahl kontinuierlich um 4,5 % jährlich. Insgesamt sank die Zahl der Krankenhausbetten im Zeitraum von 1993 – 1997 um 7.400 und entsprach 1997 9,38 Betten pro 1.000 Einwohner (neben Bulgarien weist Litauen hier den zweit höchsten Wert in der Region auf). Andererseits ist die Geschwindigkeit beim Bettenabbau die dritt höchste unter den MOEL. Die durchschnittliche Verweildauer wurde von 16,8 (1993) auf 12,9 Tage (1997) radikal reduziert. Dies entspricht einer jährlichen Rückgangsrate um 6,3 %. Der Wert stellte aber immer noch den zweithöchsten in der Region dar. Seit 1997 können die Patienten auch außerhalb ihrer Gemeinden die Krankenhäuser frei wählen.

## Leistungen

### Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung erfolgt in verschiedenen institutionellen Einrichtungen, die unter anderem Primärversorgungszentren, Polikliniken, psychiatrischen Zentren, ambulante Operationseinrichtungen von Allgemeinärzten, medizinischen Stellen und Notdienste umfassen. Zwischen 1995 – 1998 sank die Zahl der Konsultationen von 26,357 Mio. auf 24,507 Mio. oder von 7,1 auf 6,6 Konsultationen pro Kopf. Die Notfallversorgung stellte ungefähr 7 % des Gesamtvolumens der ambulanten Versorgung dar. Die Trennung von ambulanter Grund- und fachärztlicher Versorgung rückt heute verstärkt in den Mittelpunkt des Interesses. Die Primärversorgung erfolgt zumeist durch ein Team von praktizierenden Allgemeinärzten obwohl eine Umschulung von Therapeuten/ Kinderärzten zu Allgemeinärzten parallel zur Alleeminearztausbildung eingeführt wurde. Bis 1998 wurden etwa 300 Ärzte umgeschult. Im Jahre 1998 waren insgesamt 204 Allgemeinärzte in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen tätig. Die Gesamtzahl der im Primärversorgungsbereich tätigen Ärzte stieg 1998 auf 3.485 (12,9 pro 1.000 Einwohner). Im Moment ist die große Mehrzahl der (in Gruppen) tätigen Allgemeinmediziner in öffentlichen ambulanten Einrichtungen angestellt. Die Einrichtung wird auf der Basis eines Vertrages mit der Gebietskrankenkasse entsprechend der Zahl und des Alters der eingeschriebenen Bevölkerung bezahlt. 1998 waren 92 % der Gesamtbevölkerung bei der Primärversorgungseinrichtungen registriert. Die jährliche Pro-Kopf-Vergütung wurde 1998 vom Gesundheitsministerium durchschnittlich bei etwa 100 Lit (22 Euro) angesetzt. Vorschläge zur Einführung einer Einzelleistungsvergütung für eine begrenzte Anzahl von Leistungen zur Effektivitätssteigerung sind in Diskussion. Die Bevölkerungszahl eines Einzugsbereichs liegt bei durchschnittlichen 1.800 Einwohnern, wobei die Mindestzahl für die Gründung einer Praxis bei 500 liegt.

## Leistungen

Die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen werden für fachärztliche Leistungen entsprechend der Anzahl der geleisteten Konsultationen gegen Rechnungsstellung bezahlt. Die vom Gesundheitsministerium für eine Konsultation festgesetzte Gebühr lag 1998 bei 20 bzw. 40 Litas (vier und acht Euro) für Sekundär- bzw. Tertiärleistungen. Dem Standard entsprechend sollte eine Konsultationseinheit durchschnittlich drei Besuche umfassen, wobei es 1998 in Wirklichkeit weniger als 1,7 Besuche pro Konsultation waren. Insgesamt überstieg die Zahl der Angestellten der Ambulanzen 3000 Beschäftigte (einschließlich 600 Ärzte). Das Netz von Ambulanzen wird entsprechend der Einwohnerzahl des Einzugsbereichs (10.000 – 12.000 pro Ambulanzteam) und der Zahl der Einsätze (etwa 831.000 im Jahre 1998) festgelegt. Das Team, das durch Ärzte geleitet wird, wurde 1998 entsprechender Dauer der tatsächlichen Einsatzzeit vergütet (42 Litas, ca. neun Euro pro Stunde).

### Zahnärztliche Versorgung

Die Gesamtzahl der zahnärztlichen Konsultationen lag bei etwa 1,3 pro Kopf pro Jahr; dies bedeutet 4,44 Mio. registrierte Konsultationen im Jahre 1998. 1997 gab es in Litauen 0,58 Zahnärzte je 1.000 Einwohner. Die zahnärztliche Versorgung erfolgt sowohl durch öffentliche wie auch private Leistungserbringer. 1998 waren etwa 30 % der Zahnärzte privat tätig. Den Daten von 1998 (etwa 800 Zahnärzte arbeiteten in 566 Einrichtungen) ist leicht zu entnehmen, dass kleine Zahnarztpraxen vorherrschend sind. Die von privaten Zahnärzten ausgeführten zahnärztlichen Behandlungen werden entsprechend den Marktpreisen privat von den Patienten bezahlt. Innerhalb der öffentlichen Einrichtungen ist ein Großteil der Zahnärzte (90 %) als Mitglied eines Teams von Allgemeinärzten angesellt; dementsprechend werden zahnärztliche Leistungen nach einer Pro-Kopf-Vergütung bezahlt (20 Litas jährlich). Zahnärzte, die spezielle Behandlungen durchführen (etwa 170.000), werden pro Konsultation bezahlt (etwa 20 Litas).

### Arzneimittel

In den frühen Neunzigern war laut Verbraucherumfragen für 75 % der Befragten der Arzneimittelmangel eines der Hauptprobleme des Gesundheitssektors. Seit der Liberalisierung des Arzneimittelmarktes einschließlich der Privatisierung eines Großteils des Groß- und Endverbraucherhandels und der Öffnung des litauischen Marktes für teure Produkte aus der EU war der Mangel an Arzneimitteln behoben. Gleichzeitig ging der Import aus der früheren USSR stark zurück, da die Produkte der GMP Standards nicht genügten. Im Großen und Ganzen führten diese Entwicklung zu einer verbesserten Versorgungssituation, doch waren die Arzneimittelausgaben 1995 stark angestiegen und erreichten einen Anteil von 37 % an den Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung. 1995 wurde ein Erstattungssystem für Arzneimittel auf der Basis von Festbeträgen eingeführt, die sich stark an den Preisen für Generika orientierten. Maßnahmen zur Kosteneinsparung reduzierten die Wachstumsrate bei den Arzneimittelausgaben.

## 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 Litauen dargestellt.



## Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Litauen

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 Litauen 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 Litauen die deutschen Krankenkassen nicht mit den Leistungsträgern in Litauen 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 Litauen ausüben und weiterhin in Deutschland gesetzlich versichert sind gibt es eine weitere Alternative. Sie können die Sachleistungen der litauischen Krankenversorgung in Anspruch nehmen. Hiefür benötigen Sie das als Anspruchbescheinigung das Formular E106, das von ihrer zuständigen Krankenkasse ausgehändigt wird. Die entsprechenden Leistungen des litauischen 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)