

Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

Ländermerkblatt Niederlande



Stand 09/2004



German Healthcare Portal
for Expatriates



Deutsche Expatriates in den Niederlanden

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

Die Niederlande 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 den Niederlanden in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit niederländisches 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 den Niederlanden 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.

Grundsätzlich wird niederländisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Expatriate in den Niederlanden 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 niederländisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in den Niederlanden besitzt. Unseren Erfahrungen nach möchten 80% der Expatriates lieber über das deutsche Krankenversicherungssystem versichert bleiben. Dies ist aufgrund der Selbstbeteiligungen bei den Krankheitskosten in den Niederlanden gut nachzuvollziehen. Beispielsweise sind zudem die Rechnungsabwicklung und Versicherungsbedingungen in niederländischer 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 in die Niederlande. 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).

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 niederländischer Seite durch das „Sociale Verzekeringsbank“ zu beantragen ist und von diesen Institutionen auch genehmigt wird.

www.germanhealthcare.org



Die niederländische Krankenversorgung

Das Gesundheitssystem der Niederlande ist grundsätzlich durch drei sogenannte Säulen bzw. Teilbereiche gekennzeichnet. Damit basiert das System auf dem Sozialversicherungsprinzip und entspricht einer Mischfinanzierung aus staatlichen und privaten Geldern.

Alle Einwohner der Niederlande sind durch das Allgemeine Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) pflichtversichert und dadurch wird auch die erste grundlegende Säule beschrieben. Das AWBZ bezieht sich auf besondere Krankheitskosten, welche die nicht versicherbare Langzeitversorgung betreffen. Jeder Versicherte hat nach dem AWBZ einen Anspruch auf diese Versorgung, die durch Sachleistungen erfüllt wird. Der von den Versicherten zu leistende Beitrag ist einkommensabhängig. Durch diesen ersten Bereich des Gesundheitssektors werden Leistungen abgedeckt, die sich auf die Altenpflege, die Behindertenfürsorge, die Hauspflege und auf die Vorsorge beziehen. Auch die psychiatrische Versorgung sowie ein langfristiger Krankenhausaufenthalt (ab dem 366.Tag) zählen zum Leistungspaket.

Der zweite Bereich im Gesundheitswesen der Niederlande ist ähnlich in seinen Grundzügen aufgebaut wie das Versicherungssystem in Deutschland. So wird in diesem Sektor zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen unterschieden. Fast zwei Drittel der Niederländer sind in den gesetzlichen Krankenkassen pflichtversichert, da ihr versicherungspflichtiges Jahreseinkommen die Grenze von ca. 28.000 Euro nicht übersteigt. Der Bereich der gesetzlichen Kassen unterliegt dem ZFW8, durch das auch das Leistungspaket standardisiert wird. Welche Leistungen darin aufgenommen werden, obliegt der Regierung. Ebenso wie bei der allgemeinen Volksversicherung sind die Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen einkommensabhängig. Derzeit gibt es nach zahlreichen Fusionen noch ca. 30 gesetzliche Krankenkassen, die hauptsächlich regional orientiert sind. Die Versicherten haben das Recht, jährlich ihre Krankenkasse zu wechseln, doch ist der Anteil der Versicherten, die dieses Recht wahrnehmen relativ gering. Die restlichen Einwohner sind bei einer der ca. 45 privaten Versicherungsanstalten versichert. Dies betrifft alle Selbständigen,

Staatsbeamte sowie Arbeitnehmer mit einem Einkommen über 28.000 Euro, wie bereits oben erwähnt. „Beamte niedriger Behörden und das Personal der Polizei haben eine eigene öffentlich-rechtliche Versicherung.“ Die Beiträge sind variabel und bei den verschiedenen Versicherungen je nach Leistungsumfang unterschiedlich.

Das Leistungsspektrum, das durch die sogenannte zweite Säule abgedeckt wird, betrifft vor allem Leistungen der somatischen Akutversorgung. Das bedeutet, dass ärztliche Behandlungen beim Allgemein- und Facharzt, die Krankenhauspflege bis zum 365. Tag, die Arzneimittelversorgung, die Wochenhilfe, Zahnarztbehandlungen von Kindern und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen von Erwachsenen versichert werden.



Die niederländische Krankenversorgung

Trotz der eingangs schon beschriebenen grundsätzlichen Ähnlichkeit zum Krankenversicherungssystem in Deutschland, gibt es jedoch einen wesentlichen Unterschied. In den Niederlanden findet eine eindeutige Trennung zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen durch die Einkommensgrenze statt. So wird definitiv jeder ab einem gewissen Einkommen den privaten Versicherungen zugewiesen, wo der Versicherte in Deutschland Wahlfreiheit hat. Auch ist der umgekehrte Fall, also der Wechsel wieder zurück in die gesetzliche Krankenversicherung bei einem Einkommen unterhalb der Pflichtversicherungsgrenze vorgeschrieben. In Deutschland ist dies mit vielen Problemen behaftet wenn nicht sogar unmöglich. Die Niederlanden haben so eine klare Regelung gefunden, die eher zu einem Miteinander zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen und nicht wie im deutschen Gesundheitssystem zum Wettbewerb um bestimmte Versicherten-Gruppen führt.

Die dritte und letzte Säule bezieht sich auf Leistungen, die als nicht unbedingt notwendig eingestuft werden. Zum Beispiel sind hier Zahnbehandlungen ab dem 18. Lebensjahr, ein besserer Service in Krankenhäusern, kosmetische Chirurgie und Kurbehandlungen zu nennen. Der Staat erklärt sich für solche Leistungen als nicht mehr zuständig und jedem Bürger liegt es frei, sich hierfür zusätzlich zu versichern oder die Leistungen aus eigener Tasche zu bezahlen. Gesetzliche und private Krankenversicherungen haben in diesem Bereich die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen anzubieten. Durch die Ausgliederung der genannten Zusatzleistungen aus dem gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungskatalog können hohe Kosten gespart werden. Weiterhin können die Versicherten ihre individuelle Lage berücksichtigen und bezahlen Leistungen, die sie eventuell gar nicht oder nie in Anspruch nehmen nicht schon von vornherein ganz oder anteilmäßig mit (zum Beispiel oben genannte Kuraufenthalte).

Leistungen

Die allgemeinärztliche Versorgung wird hauptsächlich von Allgemeinmedizinern, die in Einzelpraxen tätig sind, übernommen. Der Hausarzt wird in den Niederlanden auch „Poortwachter“ (Türwächter) genannt, denn eine fachärztliche Behandlung, sowie ein stationärer Aufenthalt sind nur durch eine vorherige Überweisung durch ihn möglich. Ausgenommen hiervon sind natürlich Notfallbehandlungen. Jeder Patient ist bei einem Hausarzt fest eingeschrieben und ein Wechsel ist nur mit Zustimmung der Krankenkassen möglich. Durch das Hausarztmodell werden natürlich teure Mehrfachuntersuchungen vermieden und die entscheidende Rückkopplung zum Hausarzt bleibt erhalten, so dass er die Behandlung des Patienten nicht immer wieder von vorn anfangen muss. Die Vergütung der Hausärzte in den Niederlanden erfolgt nach Kopfpauschalen. So erhält ein niedergelassener Hausarzt ca. 76 Euro pro Jahr für jeden bei ihm eingeschriebenen Patienten. Die Honorare der Ärzte werden direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet. Für privat versicherte Patienten wird der Hausarzt nach Einzelleistungen bezahlt. Hierbei zahlen die Patienten die Honorare der Ärzte zunächst selbst und können dann die Rückerstattung gegenüber ihrer Versicherung geltend machen. Eine fachärztliche ambulante Versorgung erfolgt fast nur in den Krankenhäusern.

Generell ist zu sagen, dass die Honorare der Allgemein- und Spitalsärzte vom Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), der Zentralstelle für Tarifkontrolle, festgelegt werden. Dabei soll beachtet werden, dass die Gesamtbudgetierung für das Gesundheitswesen nicht überschritten wird.

Alle Krankenhäuser in den Niederlanden sind generell Non-profit Einrichtungen, da profitable Spitäler durch den Gesetzgeber verboten sind. Die Mehrheit der allgemeinen, gemeinnützigen Krankenhäuser sind Stiftungen geistlicher Orden. Dagegen sind die neun Universitätskliniken Einrichtungen von Gebietskörperschaften. Ein Unterschied zwischen privaten und nicht privaten Einrichtungen bezüglich Regeln und Versorgung gibt es nicht. Der Versicherte kann das Krankenhaus frei wählen, jedoch muss eine stationäre Aufnahme zuvor von der Krankenkasse genehmigt werden. Die in den Krankenhäusern beschäftigten Fachärzte sind meistens nicht Angestellte in den Kliniken, sondern sie arbeiten auf eigene Rechnung und werden nach Einzelleistungen direkt von den Versicherungen und nicht den Krankenhäusern bezahlt.

Der Zugang zu den rezeptpflichtigen Medikamenten erfolgt in den Niederlanden hauptsächlich über die öffentlichen Apotheken. Doch kann der Zugang auch über selbstdispensierende Ärzte erfolgen, was dann entscheidend ist, wenn die nächste Apotheke mehr als fünf Kilometer weit entfernt liegt. Wie beim Hausarztmodell, schreiben sich die Versicherungsnehmer der gesetzlichen Krankenkassen in einer Apotheke ihrer Wahl ein und dürfen auch nur dort ihre Rezepte einlösen. Ist man dann in einer Apotheke eingeschrieben, werden alle Abgaben von Medikamenten im Computer gespeichert. Besteht weiterhin ein Verdacht auf Wechselwirkungen oder gar Doppelverordnungen, dann wird sofort der Hausarzt informiert.

Beiträge

Durch Beiträge der Versicherten, die sich auf 10,25% ihres Einkommens belaufen sowie durch staatliche Zuschüsse werden die Kosten im ersten Versicherungsbereich (AWBZ) gedeckt. Diese Beiträge werden mit der Einkommenssteuer einbehalten und von den Steuerbehörden an den Allgemeinen Fonds für Besondere Medizinische Ausgaben (AFBZ) weitergeleitet, der seinerseits vom Krankenversicherungsrat (CVZ) verwaltet wird. Im zweiten Versicherungsbereich erfolgt die Finanzierung ebenfalls über einkommensabhängige Beiträge der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Die Beiträge belaufen sich auf 7,95% des Einkommens aller Personen unter 65 Jahren. Der Beitragssatz ist einheitlich bei allen gesetzlichen Krankenkassen. Von den 7,95% werden 6,25% vom Arbeitgeber und 1,7% vom Arbeitnehmer getragen. Personen ab dem 65. Lebensjahr, die gesetzlich krankenversichert waren und noch sind, zahlen 7,95% ihrer staatlichen Altersrente. Ungefähr zwei Drittel der Beiträge werden so einkommensabhängig an die Versicherungen entrichtet und von diesen an einen zentralen Fonds (CVZ) weitergeleitet. Von dem Fonds aus werden die Gelder dann entsprechend der versicherten Risiken auf die Krankenkassen verteilt werden. Dadurch soll der Risikoausgleich gewährleistet und demzufolge eine Selektion unter den Versicherten verhindert werden. Neben der Anzahl der Versicherten werden auch Alter, Geschlecht und Region berücksichtigt. Dem gegenüber gibt es fixe, nominale Prämien, die anteilmäßig ca. zehn Prozent der Beiträge ausmachen. Diese Fixprämien werden von den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen selbst festgelegt, wobei jedoch Obergrenzen staatlich vorgegeben werden, so dass die Prämien nicht ins Unermessliche erhöht werden können.

Nachdem die Krankenkassen vom CVZ erfahren, mit welchem Budget sie im Folgejahr rechnen können, können die Kassen individuell die Nominalprämien festlegen. Die Versicherten zahlen ihren jeweiligen Nominalbetrag monatlich an Versicherung. Weiterhin steuert der Staat finanzielle Mittel als Zuschuss bei und möchte dadurch ebenso die fixen Prämien niedrig halten. Die Krankenkassen sind verpflichtet, acht Prozent ihrer jährlichen Leistungsausgaben als Liquiditätsreserve zu halten. Die Beiträge der privaten Krankenversicherungen sind grundsätzlich variable Nominalbeträge, die je nach Leistungsumfang differieren. Weiterhin müssen an die gesetzlichen Krankenkassen Ausgleichszahlungen geleistet werden. Dadurch soll ein Ausgleich für die Überrepräsentanz älterer Versicherter in den gesetzlichen Krankenkassen geschaffen werden. Dieser Sachverhalt unterliegt dem Gesetz zur Regelung der gemeinsamen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge von Senioren (MOOZ). Die Zugehörigkeit von Rentnern zu einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ist dadurch geregelt, wie sie bis zum 65. Lebensjahr versichert waren. Wer vorher zum Beispiel privat versichert war, bleibt auch nach Eintritt des Rentenalters privat versichert. In Zahlen ausgedrückt beliefen sich diese Ausgleichszahlungen im Jahr 2002 auf 81,60 Euro für privat Versicherte zwischen 20 und 65 Jahren, 40,80 Euro bis 20 Jahre und 65,28 Euro ab 65 Jahren.



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 Niederlande dargestellt.



Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in den Niederlanden

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