

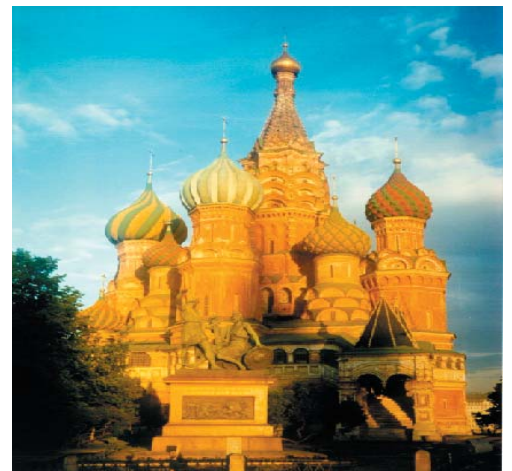
Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

Ländermerkblatt Rußland



Stand 09/2004



*German Healthcare Portal
for Expatriates*



Deutsche Expatriates in Rußland

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

Russland 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 Russland in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit russisches 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 Arbeitnehmer beschäftigt ist.

Dabei entscheidet jeder Staat mit seinem eigenen Sozialversicherungssystem für sich, inwieweit sich ausländische Arbeitnehmer diesem System anschließen müssen.

In vielen Fällen werden diese Punkte im Rahmen eines Sozialversicherungsabkommen zwischen den Staaten geregelt. Für die Staaten der Bundesrepublik und Russland existiert ein solches Abkommen jedoch nicht.

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



Rechtliche Rahmenbestimmungen

Staatsangehörige Russlands haben in ihrem Land eine kostenlose medizinische Grundversorgung. Gesetzliche Krankenkassen, wie wir es in Deutschland kennen, existieren dort nicht. Ausländische Besucher, Expatriates und deren Familienangehörigen haben keinen Zugang zur kostenlosen Krankenversorgung Russlands. Dennoch besteht bei Beantragung des Visums der Zwang krankenversichert zu sein.

Hierfür ist eine sogenannte Versicherungskarte notwendig, die i.d.R. alle deutsche Krankenversicherer anbieten. Die russische Botschaft stellt eine Liste der Versicherer, die diese Versicherungskarte anbieten ins Internet.

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 Arbeitnehmers in Russland. 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 Arbeitnehmer zuvor entweder in Deutschland beschäftigt waren oder zumindest hierzulande ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt hatten.

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).

www.germanhealthcare.org



Die russische Krankenversorgung

Die Qualität des russischen Gesundheitssystems hat in den vergangenen Jahren stark abgenommen. In der Vergangenheit existierte ein hochentwickeltes bürokratisches Gesundheitssystem, das Versorgungsaufgaben für die gesamte Bevölkerung erfolgreich leisten konnte. Mit dem Zusammenbruch der Sowjetunion und dem damit zusammenhängenden politischen Systemwechsel wurde das nationale Versorgungssystem immer schwerer zu kontrollieren. Die Krise in Russlands Gesundheitswesen setzte sich über mehrere Jahre fort. Trotz der großen Zahl vorhandener Krankenhäuser und Ärzte ist das russische Gesundheitssystem nicht dazu in der Lage, die Bevölkerung akzeptabel zu versorgen. Dies liegt zum Großteil an fehlenden Geldmitteln, an der mangelhaften technischen Einrichtung und an der ineffizienten Organisation der Versorgung. Medikamente und Behandlungskosten sind für die durchschnittliche Bevölkerung zu teuer. In der Konsequenz ist die Qualität der Krankenversorgung äußerst schlecht.

Der Gesundheitssektor durchläuft seit 1988 zahlreichen Reformen und befindet sich immer noch in der Umwandlungsphase. Im Kern stellen sich die Reformen dar als Kombination aus

- der Dezentralisierung des Managements,
- der Einrichtung obligatorischer gesetzlicher Krankenversicherungen für die gesamte Bevölkerung,
- der Erschaffung eines Marktes für Versorgungsleistungen,
- der Etablierung eines privaten Gesundheitssektors durch freiwillige Versicherungsschemen,
- der breiten Auffächerung finanzieller Unterstützung für Unternehmen im Gesundheitsbereich, um zusätzliches Versorgungspotential zu schaffen, außerdem
- der Umwandlung zu einem Finanzierungsschema, innerhalb dessen die Zahlungen von der Qualität und Quantität der angebotenen Leistungen variieren.

Im Jahre 1993 wurde eine obligatorische gesetzliche Krankenversicherung geschaffen. Diese wird vom russischen Gesundheitsministerium kontrolliert, kann sich jedoch vollkommen eigenständig verwalten. Die Finanzierung der Gesundheitsdienstleistungen erfolgt auf Basis regionaler Kassen, in die die Bevölkerung eines bestimmten territorialen Abschnittes Beiträge einzahlen.

Nachdem man auf russischem Gebiet eine bis dato aus Steuermitteln finanzierte Krankenversorgung gewohnt war, wurde mit der Errichtung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1993 ein obligatorischer Beitragssatz in Höhe von 3,6 % vom Monatsgehalt festgelegt. Sechs Jahre später wurde dieser Satz auf 3,9 % angehoben. Auch dieser Satz reicht allerdings nicht aus, um die entstehenden Kosten vollständig decken zu können. Um dies zu erreichen, müsste eigentlich ein Satz von 10 bis 11 % festgeschrieben werden, dieser ist jedoch nicht durchsetzbar. Mit der Festlegung der Beitragsleistungen vom Gehalt einher ging die Anweisung, dass der Versicherungsschutz all derjenigen Einwohner einer Region, die in keinem Arbeitsverhältnis stehen, durch die Beitragszahlungen der arbeitenden Bevölkerung mit finanziert werden sollen.

Diejenigen Einwohner Russlands, die über ein höheres Einkommen verfügen, haben das Recht, zusätzlich eine freiwillige Versicherung abzuschließen. Ihre Mitgliedschaft in der gesetzlichen Versicherung muss jedoch trotzdem weiter bestehen bleiben. Freiwillige Krankenversicherungen werden ausschließlich von privaten Anbietern vertrieben. Private Krankenversicherungen wurden erstmals im Jahre 1991 zugelassen. In den folgenden Jahren wurden den Privaten nach und nach mehr Rechte zugestanden. Mit den Zusatzversicherungen kann das obligatorische Leistungspaket je nach abgeschlossenem Vertrag beliebig ergänzt werden. Aufgrund der entstehenden Zusatzkosten konnten sich private Versicherungen jedoch nur beim reichen Teil der Bevölkerung durchsetzen. Im gesamten Gebiet Russlands nutzt nur 1 % der Bevölkerung private Zusatzversicherungen. In den Großstädten St. Petersburg und Moskau liegt diese Zahl etwas höher.

In erster Linie zeichnen sich die durch private Versicherer angebotenen Zusatzleistungen durch bessere Behandlungsbedingungen und den Zugang zu besser angesehenen Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen aus. Die privaten Versicherer haben zu diesem Zwecke Verträge mit Kliniken und Krankenhäusern abgeschlossen, die vor dem politischen Umsturz in der Sowjetunion von den Behörden besser ausgestattet wurden. Damit steht den Patienten hier eine bessere technische Ausrüstung zur Verfügung, außerdem eine besser ausgebildete Ärzteschaft.

Leistungen

Anfang der neunziger Jahre legte die russische Regierung ein Basisspektrum an Leistungen fest, das für die komplette Bevölkerung zur Verfügung steht und durch die gesetzliche Pflichtversicherung abgedeckt wird. Es umfasst

- die Versorgung in Notfallsituationen,
- vorbeugende und diagnostische Behandlungen in Polikliniken,
- die vollständige Versorgung von Kindern, Teenagern, Invaliden, Kriegsveteranen und anderen Personen mit den Privilegien von Veteranen, außerdem
- die Versorgung an den staatlichen Krankenhäusern.

Um etwaige offene Fragen und Interpretationsspielräume zu dieser Liste auszuschließen, wurde ein weiteres Spektrum an Leistungen aufgestellt. Dieses umfasst diejenigen Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse abgedeckt werden. Dabei handelt es sich um

- plastische Chirurgie,
- homöopathische oder alternative Therapiemethoden sowie solche Therapiemethoden, die von Ärzten ohne belegte medizinische Qualifikation verordnet wurden,
- Zahnbehandlungen mit Ausnahme der Zahnbehandlungen von Kindern und Veteranen,
- Prothesen inklusive Zahnprothesen (Kinder und Veteranen bilden hier wiederum eine Ausnahme),
- Literatur zu Gesundheitsfragen, mit Ausnahme der direkt vom Gesundheitsministerium herausgegebenen Veröffentlichungen,
- die Schulung in erster Hilfe und Krankenpflege, außerdem
- die Versorgung mit Medikamenten bei ambulanter Behandlung.

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 Rußland dargestellt.



Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Rußland

Für den Fall, dass der Expatriate in der GKV zwangsversichert ist oder sich als freiwilliges Mitglied ausdrücklich für den Krankenversicherungsschutz in der GKV entschieden hat, besteht in Russland eingeschränkter Krankenversicherungsschutz.

Das Sozialgesetzbuch 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 Arbeitnehmer gleichenteils zu zahlen. Demnach bleibt er auch während der Entsendung im Rahmen der Leistungen des SGB V in seiner Krankenkasse versichert.



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 Russland das Sachleistungsprinzip nicht wie im deutschen System gilt, und da die deutschen Krankenkassen mit Leistungsträgern in Russland nicht 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

Aus diesen Gründen ist es sinnvoll, bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV 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