Krankenversicherung und Krankengeldversicherung

Krankenversicherung und Krankengeldversicherung

Wo bin ich versichert?

Als Grenzgänger sind Sie in dem Land versichert, in dem sie arbeiten. Falls Sie gleichzeitig in zwei Ländern arbeiten, müssen Sie sich im Wohnsitzland versichern. Zu beachten ist, dass es zwischen den drei Ländern Unterschiede bezüglich der Versicherungsarten gibt. Konkrete Informationen erhalten Sie auf den folgenden Seiten zu den Ländern.

Was sind Sachleistungen und Geldleistungen?

Sachleistungen umfassen beispielsweise ambulante und stationäre medizinische Behandlungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie gegebenenfalls die Rückvergütung der Kosten für solche Leistungen.

Geldleistungen stellen einen Ausgleich für den Lohnausfall bei Krankheit (Krankengeld) und bei Mutterschaft (Mutterschaftsgeld/Wochengeld) dar.

Die gesetzliche Kranken- und Krankengeldversicherung umfasst sowohl Sachleistungen als auch Geldleistungen. Sachleistungen können grenzüberschreitend in Anspruch genommen werden. Für Geldleistungen gelten dagegen immer die Vorschriften des Versicherungslandes.

Was versteht man unter Sachleistungsaushilfe?

Darunter versteht man die Zusammenarbeit von Krankenversicherungen der verschiedenen Länder mit dem Ziel, den Versicherten grenzüberschreitend Sachleistungen zu gewähren. Wenn Arbeitnehmer im Erwerbsland versichert sind, können sie und ihre mitversicherten Angehörigen Sachleistungen im Staat des Wohnsitzes nach den dort geltenden Regeln in Anspruch nehmen. Wenn Arbeitnehmer im Wohnsitzland krankenversichert sind, wird ihnen grundsätzlich auch im Land, in dem sie arbeiten, Behandlung und Versorgung gewährt. Die Sachleistungsaushilfe greift jedoch nur, wenn Arbeitnehmer in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind. Sind Arbeitnehmer bei einer Privatkrankenkasse bzw. zu einem Privattarif versichert, sollten sie sich informieren, ob sie Leistungen im jeweils anderen Land in Anspruch nehmen können.

Praktische Umsetzung der Sachleistungsaushilfe: Wenn Arbeitnehmer im Erwerbsland versichert sind und sie oder ihre Familie am Wohnort zum Arzt gehen oder sonstige medizinische Leistungen in Anspruch nehmen wollen, müssen sie sich vorher an ihre Krankenversicherung wenden und um Ausstellung des Formulars S1 bitten. Das Formular wird von der zuständigen Krankenversicherung im Wohnsitzland benötigt, damit diese mit dem Arzt, der Apotheke, dem Krankenhaus o.ä. abrechnen kann. Von der Krankenkasse am Wohnort erhalten Arbeitnehmer Krankenscheine. Sie können damit die gesetzlich vorgeschriebenen Sachleistungen im Land des Wohnsitzes beanspruchen, so als ob sie dort versichert wären.

Krankenversicherung für Arbeitslose und Rentner

Arbeitslose sind am Wohnort krankenversichert, wenn sie dort Leistungen der Arbeitslosenversicherung

beziehen. Rentner sind in der Regel im Land, in dem Sie wohnen, krankenversichert. Wenn jedoch Rentner die Rente ausschließlich durch Erwerbstätigkeit im Ausland beziehen, müssen sie sich auch dort versichern. Dies sind allgemeine Richtlinien. Es empfiehlt sich, die Versicherungspflicht für den Einzelfall abklären zu lassen.

Krankenversicherung in Deutschland

In Deutschland wird zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung unterschieden. In der Regel sind Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Folgende Personengruppen können in die private Krankenversicherung wechseln: Abhängig Beschäftigte mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von mindestens 60.750 Euro jährlich bzw. 5.062,50 Euro monatlich – Pflichtversicherungsgrenze –, Freiberufler, Selbständige und Beamte. Gesetzlich Versicherte haben auch die Möglichkeit, eine private Zusatzversicherung abzuschließen, die Zusatzleistungen zur gesetzlichen Krankenversicherung abdeckt. Informationen über die Leistungen der privaten Krankenversicherung erhält man bei den jeweiligen Krankenversicherungen.

Die folgenden Informationen beziehen sich ausschließlich auf die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Versicherten bekommen von ihrer Krankenversicherung eine Versicherungskarte (Chipkarte), mit der sie sämtliche ärztliche Leistungen nutzen können. Die Leistungen aus der deutschen Krankenversicherung können von Grenzgängern sowohl in Deutschland als auch in Polen und Tschechien in Anspruch genommen werden.

Krankengeld

Sind Sie als Arbeitnehmer arbeitsunfähig erkrankt, bezahlt Ihnen in der Regel zunächst Ihr Arbeitgeber Ihren Lohn weiter (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall – siehe Informationen zu „Arbeitsrecht“). Anschließend haben gesetzlich Krankenversicherte im Rahmen der Krankenbehandlung Anspruch auf Krankengeld, wenn sie arbeitsunfähig sind oder sie auf Kosten der Krankenkassen stationär in einem Krankenhaus (Krankenhausbehandlung) oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (Kuren) behandelt werden. Das Krankengeld beträgt 70 % des vor der Krankheit erzielten Bruttoeinkommens, maximal 90 % des Nettoeinkommens. Das Krankengeld beträgt im Jahr 2020 bis zu 109,38 Euro kalendertäglich. Vom Krankengeld sind Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen. Einige Arbeitgeber zahlen einen Zuschuss zum Krankengeld und gleichen damit die Differenz zum Nettoarbeitsentgelt aus. Fragen Sie bei Ihrem Arbeitgeber nach, ob er einen solchen Zuschuss zahlt. Für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ist das Krankengeld auf längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren begrenzt. Nach Beginn eines neuen Dreijahres-Zeitraumes besteht wegen derselben Krankheit ein erneuter Anspruch auf Krankengeld, wenn der mit Krankengeldanspruch Versicherte in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate wegen dieser Krankheit nicht arbeitsunfähig und erwerbstätig war bzw. der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Kinderkrankengeld

Sie bekommen Kinderkrankengeld von der Krankenkasse wenn, Sie berufstätig sind und kein Arbeitsentgelt von Ihrem Arbeitgeber erhalten, Ihr Kind gesetzlich versichert ist, Ihr Kind jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, es in Ihrem Haushalt niemanden gibt, der an Ihrer Stelle Ihr Kind pflegen kann, Sie selbst als Arbeitnehmer einen Anspruch auf Krankengeld haben und ein Arzt bescheinigt, dass Sie Ihr krankes Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen müssen.

Ihr Arbeitgeber ist grundsätzlich verpflichtet, Sie in dieser Zeit freizustellen und Ihr Gehalt weiterzuzahlen. In diesem Fall zahlt die Krankenkasse kein Kinderkrankengeld. Zahlt der Arbeitgeber kein

Gehalt, zum Beispiel, weil der Tarifvertrag das so regelt oder Ihr Arbeitsvertrag diese Regelung enthält, erhalten Sie Krankengeld von der Krankenkasse. Die Höhe entspricht dem Krankengeld (siehe oben).

Für jedes Kind können Sie bis zu zehn Arbeitstage Kinderkrankengeld pro Kalenderjahr erhalten. Sowohl die Mutter als auch der Vater haben einen Anspruch darauf, wenn beide berufstätig sind. Pro Kind also zusammen bis zu 20 Arbeitstage. Alleinerziehende haben einen Anspruch auf bis zu 20 Arbeitstage pro Kind. Wenn Sie mehr als zwei Kinder haben, können Sie und der andere Elternteil jeweils bis zu 25 Arbeitstage im Jahr Kinderkrankengeld erhalten. Bei Alleinerziehenden mit mehr als zwei Kindern sind es bis zu 50 Arbeitstage. Insgesamt sind damit bis zu 50 Arbeitstage pro Familie abgesichert.

Freie Arztwahl

Grundsätzlich können Versicherte jeden Arzt bzw. jede Ärztin ihres Vertrauens aufsuchen. Achtung: Bei Arbeitsunfällen sollten Sie Ihrem behandelnden Arzt in jedem Fall mitteilen, dass es sich um einen Arbeitsunfall handelt. Für Unfälle bei der Arbeit und sogenannte Wegeunfälle liegt die Zuständigkeit nicht bei der Krankenkasse, sondern bei der Unfallversicherung. Wenn Sie einen Arbeits- oder Wegeunfall hatten, sollte die erste Behandlung möglichst durch einen sogenannten Durchgangsarzt erfolgen. Der Durchgangsarzt, entscheidet auch, ob Sie sich weiter von ihm behandeln lassen müssen oder ob Sie im Anschluss zu einem anderen Arzt gehen können. Siehe dazu Informationen zu „Unfallversicherung“

Zuzahlung zu Medikamenten

Versicherte unter 18 Jahren müssen zu Medikamenten nichts zuzahlen. Versicherte ab 18 Jahren müssen pro Medikament 10 % des Preises selbst bezahlen, jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Wenn das Medikament weniger als 5 Euro kostet, muss nur der tatsächliche Preis in voller Höhe bezahlt werden. Dazu kommt, dass Sie nicht mehr als 2 % Ihres Bruttoeinkommens pro Jahr für Medikamente (und andere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die mit Zuzahlungen verbunden sind) ausgeben müssen. Daher lohnt es sich, Quittungen und Belege aufzuheben, um sie gegebenenfalls am Jahresende einreichen zu können. Falls eine schwerwiegende (chronische) Erkrankung vorliegt, muss der Versicherte nur 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens für Zuzahlungen aufwenden. Ob eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt, entscheidet die Krankenkasse. Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die Kriterien.

Pflege und Therapie

Folgende Leistungen können Sie nach Beantragung bei der Krankenkasse bzw. durch ärztliche Verordnung beanspruchen, wobei Sie jeweils einen Teil der Kosten selbst übernehmen müssen (Eigenbeteiligung):

Krankenhausbehandlung: Bis zum 28. Tag einer Krankenhausbehandlung im Jahr beträgt die Eigenbeteiligung für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr 10 Euro je Kalendertag, höchstens jedoch 280 Euro in einem Jahr. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren zahlen keine Eigenbeteiligung. Die Eigenbeteiligung wird vom Versicherten direkt an das behandelnde Krankenhaus gezahlt.

Krankenpflege und Heilmittel (außerhalb eines Krankenhauses): Erwachsene zahlen 10 % der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung für die von Logopäden, Krankengymnasten, Masseuren und Ergotherapeuten erbrachten Leistungen. Die Zuzahlung ist hier – wie bei den Medikamenten – auf 2 % bzw. 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens begrenzt. Auskünfte über weitere Leistungen erteilen die entsprechenden Krankenkassen.

Medizinische Vorsorge und Rehabilitation

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger (z. B.

Rentenversicherung) dafür aufkommt. Hier gilt eine Zuzahlung von zehn Euro täglich für die gesamte Dauer. Bei einer Anschlussrehabilitation z.B. an einen Krankenhausaufenthalt zehn Euro täglich für maximal 28 Tage. Dabei sind die Tage im Krankenhaus und in der Rehabilitationseinrichtung zusammenzurechnen.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind z. B. Einlagen, Gehhilfen, Rollstühle etc. Bei den Hilfsmitteln gilt eine Zuzahlung von zehn Prozent des Preises, der von der Krankenkasse übernommen wird, mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro je Hilfsmittel.

Fahrtkostenersatz

Bei medizinisch notwendigen Fahrtkosten, (Verlegungsfahrt/Rettungsfahrt) und Fahrten zu einer ambulanten Behandlung (z. B. Dialyse) beträgt die Zuzahlung zehn Prozent der Kosten pro Fahrt, mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten pro Fahrt. Diese Zuzahlungen gelten auch für unter 18-Jährige.

Zahnersatz

Die Kosten des Zahnersatzes werden von den Krankenkassen nur zum Teil in Form eines befundbezogenen Festzuschusses übernommen. Der Versicherte erhält einen festen Betrag, der von der Art des Zahnersatzes unabhängig ist. Er hat Wahlfreiheit, welche Art von Zahnersatz er möchte.

Deutschland: Pflegeversicherung

Arbeitnehmer in Deutschland müssen zusätzlich zu den Krankenversicherungsbeiträgen immer auch Beiträge zur Pflegeversicherung leisten. Um Pflegeleistungen voll in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre in die Pflegekasse als Mitglied eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein. Bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in Polen oder Tschechien erhalten Sie Sachleistungen über die Sachleistungsaushilfe (siehe Krankenversicherung). Pflegegeldleistungen erhalten Sie im Bedarfsfall von der deutschen Pflegeversicherung.

Entsprechend des Grads ihrer noch vorhandenen Selbstständigkeit werden die Pflegebedürftigen einem von fünf Pflegegraden zugeordnet. Je nach Pflegegrad unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Der Zuordnung liegt ein Gutachten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zu Grunde. Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

Informationen in unterschiedlichen Sprachen zur Pflegebegutachtung finden Sie hier: <https://www.mdk-sachsen.de/start.html>

Hinweis: Die Zuordnung nach dem Grad der Selbstständigkeit zu den fünf Pflegegraden gilt seit 1.1.2017. Bis dahin galt die Zuordnung nach dem zeitlichen Umfang des Hilfebedarfs zu drei Pflegestufen. Wenn bereits eine Pflegestufe vorlag, erfolgt der Übergang in den Pflegegrad automatisch. Sie müssen keinen neuen Antrag einreichen.

Der Grad der Selbstständigkeit wird anhand folgender Bereiche bewertet: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Je nach Einschränkung, werden bei der Begutachtung Punkte vergeben. Je höher die Einschränkung, desto

höher die Punktezahl und desto höher der Pflegegrad.

Pflegegrad 1:

Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)

Die Leistungen betragen 2020 monatlich: bei vollstationärer Pflege 125 Euro. Bei häuslicher Pflege sind in diesem Pflegegrad keine Pflegesachleistungen und kein Pflegegeld vorgesehen.

Pflegegrad 2:

Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)

Die Leistungen betragen 2020 monatlich: bei vollstationärer Pflege 770 Euro; bei häuslicher Pflege für Pflegesachleistungen bis zu 689 Euro oder Pflegegeld 316 Euro.

Pflegegrad 3:

Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)

Die Leistungen betragen 2020 monatlich: bei vollstationärer Pflege 1.262 Euro; bei häuslicher Pflege für Pflegesachleistungen bis zu 1.298 Euro oder Pflegegeld 545 Euro.

Pflegegrad 4:

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)

Die Leistungen betragen 2020 monatlich: bei vollstationärer Pflege 1.775 Euro; bei häuslicher Pflege für Pflegesachleistungen bis zu 1.612 Euro oder Pflegegeld 728 Euro.

Pflegegrad 5:

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte)

Die Leistungen betragen 2020 monatlich: bei vollstationärer Pflege 2.005 Euro; bei häuslicher Pflege für Pflegesachleistungen bis zu 1.995 Euro oder Pflegegeld 901 Euro.

Weitere Informationen zu weiteren Betreuungsleistungen, den Geld- und Sachleistungen sowie zur Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeld erhalten Sie unter www.bmg.bund.de