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 und Krankengeldversicherung in Polen**

Eine Besonderheit des polnischen Sozialversicherungssystems ist die Trennung der Krankengeldversicherung und der Krankenversicherung. Aus der Krankengeldversicherung werden Geldleistungen im Falle von Erkrankung und von Mutterschaft, die nach Maßgabe des Gesetzes vom 25. Juni 1999 geregelt werden, bewilligt. Personen, die dieser Sozialversicherung (d. h. der Krankengeldversicherung) unterliegen, haben Anspruch auf Krankengeld, Rehabilitationsleistungen, Ausgleichszahlungen, Mutterschaftsgeld und Pflegegeld.

Die Krankengeldversicherung ist für Arbeitnehmer, Mitglieder landwirtschaftlicher Produktionsgenossenschaften und genossenschaftlicher Landwirtschaftskreise sowie für Wehrersatzdienstleistende obligatorisch. Freiwillig ist die Versicherung für den Krankheitsfall unter anderem für Selbstständige, Personen, die in Heimarbeit beschäftigt sind, und für Personen, die auf Grundlage eines Agenturvertrags, eines Werkvertrags oder eines anderen Vertrags über die Erbringung von Dienstleistungen tätig sind.

Krankengeld

Versicherte erlangen Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf von 30 Tagen des ununterbrochenen Bestehens einer Krankengeldversicherung – im Fall der Pflichtversicherung bzw. 90 Tagen des ununterbrochenen Bestehens einer Krankengeldversicherung – im Fall der freiwilligen Versicherung.

Der Anspruch auf Krankengeld besteht nicht länger als für 182 Tage bzw. im Falle von Erwerbsunfähigkeit aufgrund von Tuberkulose oder während der Schwangerschaft nicht länger als für 270 Tage.

Das monatliche Krankengeld beträgt:

- 80 % der Bemessungsgrundlage,
- 70 % der Bemessungsgrundlage für die Dauer von Krankenhausaufenthalten (80 % für Arbeitnehmer ab 50 Jahren vom 15. bis zum 33. Berufsunfähigkeitstag im Kalenderjahr),
- 100 % der Bemessungsgrundlage, falls die Erwerbsunfähigkeit während einer Schwangerschaft eintritt, durch einen Wegeunfall oder durch eine notwendige ärztliche Untersuchung ausgelöst wird, die für potenzielle Spender sowie Empfänger von Zellen, Gewebe und Organen vorgesehen ist.

Die Bemessungsgrundlage des Krankengeldes für Arbeitnehmer bildet die durchschnittliche monatliche Vergütung in den dem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit vorangegangenen 12 Kalendermonaten. Grundlage für die Zahlung von Krankengeld ist ein entsprechendes ärztliches Gutachten, ausgestellt auf dem Vordruck des polnischen Sozialversicherungsträgers (ZUS ZLA), das dem Arbeitgeber innerhalb von sieben Tagen nach Erhalt vorgelegt werden muss. Die Bemessungsgrundlage des Krankengeldes für Versicherte, die keine Arbeitnehmer sind, bildet die Beitragsbemessungsgrundlage in den dem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit vorangegangenen 12 Kalendermonaten.

Der Anspruch auf Krankengeld während einer Erwerbsunfähigkeit besteht nicht für Zeiten, in denen der

Versicherte aufgrund bestimmter Vergütungsvorschriften weiterhin Anspruch auf Vergütung hat. Der Anspruch auf Krankengeld besteht gleichfalls nicht für Zeiten der Erwerbsunfähigkeit während unbezahlten Urlaubs, Erziehungsurlaubs sowie Untersuchungshaft oder der Verbüßung einer Freiheitsstrafe.

Rehabilitationsleistung

Die Rehabilitationsleistung gilt für Versicherte, die den Anspruch auf Krankengeld ausgeschöpft haben, aber noch nicht in der Lage sind zu arbeiten und die eine weitere Behandlung oder Rehabilitation zur Vollendung der Heilung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit prognostiziert bekommen. Diese Leistung wird für den Zeitraum gewährt, der zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit notwendig ist, jedoch nicht mehr als 12 Monate beträgt. Über die Gewährung der Rehabilitationsleistung entscheidet ein Gutachterarzt der Sozialversicherungsanstalt (ZUS) oder, falls es sich um eine Beschwerde handelt, der Ärzteausschuss von ZUS. Die Rehabilitationsleistung ist nicht zulässig für Personen, die Anspruch auf eine Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Arbeitslosengeld, Vorruhestandsgeld oder auf Gesundungsurlaub haben.

Die Rehabilitationsleistung beträgt 90 % der Bemessungsgrundlage des Krankengeldes für die ersten 90 Tage des Leistungsbezugs und falls die Arbeitsunfähigkeit in die Zeit der Schwangerschaft fällt, wird die Leistung in Höhe von 100 % der Bemessungsgrundlage für Krankengeld gezahlt. In sonstigen Fällen beträgt diese Leistung 75 % dieser Bemessungsgrundlage.

Betreuungsgeld

Betreuungsgeld wird gewährt, falls es erforderlich ist, zur persönlichen Pflege von:

- einem Kind im Alter von bis zu 8 Jahren im Falle:
  - unerwarteter Schließung der Kinderkrippe, des Kindergartens oder der Schule, die das Kind besucht,
  - Niederkunft oder Erkrankung des Ehegatten des Versicherten, der das Kind ständig betreut, wenn die Niederkunft oder Krankheit dieser Person es verhindert, das Sorgerecht auszuüben,
  - des Aufenthalts des Versicherten, der das Kind ständig betreut, in einer Einrichtung des Gesundheitswesens.
- einem kranken Kind von bis zu 14 Jahren,
- einem weiteren kranken Familienmitglied (Ehepartner, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Enkel, Geschwister und Kinder über 14 Jahre), wenn sie sich in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten während der Dauer der Krankenpflege befinden.

Ist der Pflegebedürftige ein gesundes Kind von unter 8 Jahren oder ein krankes Kind von unter 14 Jahren, so kann das Pflegegeld für bis zu 60 Tage pro Kalenderjahr beantragt werden. Ist der Pflegebedürftige ein anderes Mitglied der Familie oder ein Kind von über 14 Jahren, so wird das Pflegegeld für einen Zeitraum von höchstens 14 Tagen pro Kalenderjahr gezahlt. Pflegegeld wird nur gewährt, wenn es keine anderen Familienmitglieder gibt, die ein Kind betreuen können. Diese Regel gilt nicht im Falle eines kranken Kindes von bis zu 2 Jahren.

Das monatliche Betreuungsgeld beträgt 80 % der Basis-Vergütung.

Freie Arztwahl

Versicherte sind berechtigt, sich bei einem frei gewählten Allgemeinarzt (medizinische Grundversorgung) zu registrieren, der einen Vertrag mit einem regionalen Nationalen Gesundheitsfonds geschlossen hat.

Zweimal im Jahr besteht die Möglichkeit eines Arztwechsels.

Zuzahlung zu Medikamenten

In einer offiziellen Arzneimittelliste werden Arzneimittel in 4 Klassen eingestuft:

- Medikamente, die bis zu einem Preislimit unentgeltlich ausgehändigt werden,
- Medikamente, die gegen eine Pauschalgebühr ausgehändigt werden, wenn der Patient diese länger als 30 Tage einnehmen muss und für diese bei einem 30-prozentigen Finanzierungslimit mehr als 5 % des Mindestlohns bezahlen müsste, bzw. wenn der Patient diese nicht länger als 30 Tage einnehmen muss und für diese bei einem 50-prozentigen Finanzierungslimit mehr als 30 % des Mindestlohns bezahlen müsste,
- Medikamente, die gegen die Zahlung von 30 % des Finanzierungslimits ausgehändigt werden
- Medikamente, die nicht länger als 30 Tage einzunehmen sind und gegen die Zahlung von 50 % des Finanzierungslimits ausgehändigt werden.

Sonstige Medikamente sind voll vom Versicherten zu zahlen. Medikamente in Krankenhäusern sind kostenfrei.

Hilfsmittel

Der Gesundheitsminister legt die Obergrenze für die Übernahme der Kosten für Heil- und Hilfsmittel fest. Die Kosten der Prothesen, Hörhilfen und Rollstühle werden bis zum festgelegten Limit erstattet. Der Erwerb von Brillengläsern wird mit maximal 50 PLN pro Linse für Personen von unter 18 Jahren und 35 PLN für Erwachsene bezuschusst.

Fahrtkostenersatz

Es besteht kein Anspruch auf Fahrtkostenersatz. Macht aber der Gesundheitszustand regelmäßige Krankenhausbehandlungen außerhalb des Wohnortes erforderlich, bei denen keine Krankenhausaufnahme notwendig ist, ist der Leistungserbringer verpflichtet, dem Leistungsnehmer eine Unterkunft und den Transport von dieser Unterkunft zum Krankenhaus unentgeltlich sicherzustellen.

Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz werden von der Versicherung einmal alle 5 Jahre erstattet.

- **Polen: Pflegeversicherung**

In Polen existiert keine Pflegeversicherung. Es gibt aber verschiedene Leistungen für Pflegende und Pflegebedürftige.

Pflegezulage: Leistung an Personen mit Anspruch auf eine Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenrente, die vollständig erwerbsunfähig und auf fremde Hilfe angewiesen sind oder die das 75. Lebensjahr vollendet haben. Die Zulage beträgt monatlich PLN 222,01 (52 Euro) (Anpassung analog zu Renten).

Pflegegeld: wird Personen gewährt, die unfähig sind, selbstständig zu leben und beträgt 215,84 PLN (51 Euro) monatlich

Pflegeleistung: ist an Personen gerichtet, die auf ihre Erwerbstätigkeit verzichten, um eine Person mit Behinderung zu pflegen. Die Behinderung muss aber spätestens bis zur Vollendung des 18. bzw. 25. Lebensjahres entstanden sein. Die Leistung liegt 2020 bei **1.830 PLN (430 Euro) netto monatlich.**