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.

- ## Kranken- und Krankengeldversicherung in Tschechien

Eine Besonderheit des tschechischen Sozialversicherungssystems besteht darin, dass die Krankengeldversicherung und die Krankenversicherung (wörtlich übersetzt: „Gesundheitsversicherung“) zwei gesonderte Systeme sind. In der **Krankenversicherung** sind alle pflichtversichert, darunter alle in Tschechien abhängig Beschäftigten. Alle sind in einem System der so genannten allgemeinen Krankenversicherung versichert. Für Zusatzleistungen kann eine private Krankenversicherung abgeschlossen werden. In der **Krankengeldversicherung** sind grundsätzlich alle abhängig Beschäftigten pflichtversichert.

Krankengeld aus der Krankengeldversicherung

Anspruch auf Krankengeld besteht grundsätzlich ab dem 15. Kalendertag einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit. Das Krankengeld wird pro Kalendertag gezahlt. Die Dauer des Bezugszeitraums beträgt höchstens 380 Kalendertage ab Entstehungszeitpunkt der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bzw. der Anordnung einer Quarantäne, sofern nicht anders festgelegt wird.

Die Höhe des Krankengeldes pro Kalendertag beträgt:

- 60% der reduzierten Tagesbemessungsgrundlage ab dem 15. bis zum 30. Kalendertag,
- 66 % vom 31. bis zum 60. Kalendertag sowie
- 72 % ab dem 61. Kalendertag der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende des Bezugszeitraum

Die reduzierte Tagesbemessungsgrundlage wird berechnet, indem von den durchschnittlichen sozialversicherungspflichtigen Einnahmen pro Tag (= Tagesbemessungsgrundlage)

- 90 % des Betrags bis zur ersten Kappungsgrenze in Höhe von 1.162 CZK zuzüglich
- 60 % des darüber liegenden Betrags bis zur zweiten Kappungsgrenze in Höhe von 1.742 CZK zuzüglich
- 30 % des zwischen der zweiten und der dritten Kappungsgrenze in Höhe von 3.484 CZK liegenden Betrags bei Krankengeld, der Beihilfe zur Pflege sowie des Pflegeunterstützungsgeldes für Langzeitpflegesituationen angerechnet werden.

Der über die dritte Kappungsgrenze hinausgehende Betrag bleibt dabei unberücksichtigt.

Die Höhe der ab dem 1.1. des jeweiligen Kalenderjahres gültigen Kappungsgrenzen wird vom Ministerium für Arbeit und Soziales durch Veröffentlichung im Gesetzesblatt bekannt gegeben.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z. B. Versicherte, die ihre vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt haben, sowie Versicherte, denen während ihrer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit oder der angeordneten Quarantäne Anspruch auf Bezug der Altersrente entstanden ist, sofern die versicherte Tätigkeit vor dem Tag beendet wurde, ab dem der Anspruch auf Bezug der Altersrente entstanden ist. In diesem Falle erlischt der Krankengeldanspruch am letzten Tag vor dem

Kalendertag, ab dem dem Versicherten Anspruch auf Altersrente entstanden ist.

Andere Leistungen aus der Krankengeldversicherung

Die **Beihilfe zur Pflege** steht Arbeitnehmern zu, die ein krankes Kind oder ein erwachsenes Mitglied ihrer Haushaltsgemeinschaft pflegen oder die in bestimmten Fällen auch ein gesundes Kind unter 10 Jahren betreuen (z.B. wenn die Schule wegen einer Epidemie unerwartet vorübergehend geschlossen werden musste usw.). Bedingungen: gemeinsamer Haushalt mit der betroffenen Person (außer bei Kindern unter 10 Jahren) und keine andere Person für die Pflege bzw. Betreuung verfügbar.

Maximale Bezugsdauer:

- 9 Kalendertage pro Einzelfall,
- 16 Kalendertage für alleinerziehende Beschäftigte, die für mindestens ein schulpflichtiges Kind im Alter bis 16 Jahren sorgen.

Es gibt keine Karenzzeit. Die Höhe beträgt 60 % der Tagesbemessungsgrundlage.

Seit dem 1.6.2018 wurde eine neue Krankengeldversicherungsleistung – das sog. **Pflegeunterstützungsgeld für Langzeitpflegesituationen –** eingeführt. Diese steht dem Pflegenden zu und ist an Bedingungen geknüpft.

Der Gesundheitszustand des zu Pflegenden muss sich derart gravierend verschlechtert haben, dass dadurch seine stationäre Behandlung im Krankenhaus von mindestens 1 Woche erforderlich wird. Bei seiner Entlassung muss dem zu Pflegenden zudem ein mindestens 30 weitere Tage andauernder Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Betreuung und -Pflege bescheinigt werden. Außerdem muss er seine Einwilligung zur Pflege durch eine oder ggf. mehrere konkrete Personen schriftlich erteilen.

Bei dem Pflegenden muss es sich um einen nahen Angehörigen des zu Pflegenden (einschl. Lebenspartner) oder eine ihm nahe stehende und mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebende Person handeln. Ist der Pflegende ein Arbeitnehmer, muss er in den letzten 4 Monaten mindestens 90 Tage krankengeldversichert gewesen sein und darf während der Pflegefreistellung keine Erwerbstätigkeit ausüben. Der Bezugszeitraum, in dem die Leistung gezahlt wird, beträgt max. 90 Kalendertage. In dieser Zeit dürfen sich auch mehrere Pflegende bei der Pflege des zu Pflegenden tageweise abwechseln. Für die Zeit der eventuellen erneuten Aufnahme des zu Pflegenden in stationäre Behandlung im Krankenhaus erhält der Pflegende keine Leistung. Ein erneuter Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld für Langzeitpflegesituationen besteht bei dem Versicherten (d. h. dem Pflegenden) erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Ende der vorangegangenen Pflegefreistellung mit entsprechendem Leistungsbezug.

Sofern dem keine betrieblichen Gründe entgegenstehen, ist der Arbeitgeber zur Freistellung des pflegenden Arbeitnehmers verpflichtet.

Das Pflegeunterstützungsgeld für Langzeitpflegesituationen beträgt 60 % der Tagesbemessungsgrundlage.

Von der Krankenversicherung bezahlte Leistungen der Gesundheitsversorgung

- Vorsorge
- ambulante und stationäre Heilbehandlung, einschließlich diagnostischer Untersuchungen, Rehabilitation und Langzeitbetreuung chronisch Kranker
- Arznei- und medizinische Hilfsmittel
- Rettungs- und Notfalldienst
- zahnärztliche Behandlung

- Patienten-Transport einschließlich Fahrtkostenersatz
- Kurbehandlung

Kosten für zahnärztliche Behandlung werden aus der allgemeinen Krankenversicherung lediglich in einem festgelegten Umfang bezahlt. In vielen Fällen (z. B. Materialien, die nicht im Standardkatalog enthalten sind) müssen die Behandlungskosten von den Versicherten selbst getragen werden. Bei dem Leistungserbringer muss es sich zudem um einen Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse handeln.

Freie Arztwahl

Versicherte haben grundsätzlich das Recht auf freie Arztwahl. Bei den sog. registrierenden Ärzten, die für die primäre ambulante Versorgung verantwortlich sind (z. B. Allgemeinmediziner/Hausärzte, Kinderärzte, Zahnärzte und Frauenärzte) ist ein Wechsel in der Regel nur alle drei Monate möglich, ansonsten jederzeit.

Wegen der Erstattung der Behandlungskosten ist es jedoch wichtig zu beachten, dass der behandelnde Arzt einen Vertrag mit der jeweiligen Krankenkasse abgeschlossen hat.

Zuzahlungen und Gebühren

Kosten für viele Heil- und Hilfsmittel werden nur bis zu einer gewissen Höhe oder ggf. gar nicht erstattet. Daher ist oft eine Zuzahlung durch die Versicherten erforderlich.

Für Zuzahlungen gilt eine Obergrenze von 5.000 CZK (1.000 CZK für Kinder unter 18 J. sowie Versicherte über 65 J. und 500 CZK für Versicherte über 70 J.) pro Kalenderjahr. Die Obergrenze von 500 CZK gilt auch für bestimmte Versicherte mit Erwerbsminderung.

Versicherte müssen außerdem Gebühren in Höhe von 90 CZK für ärztlichen oder zahnärztlichen Notdienst zahlen, es sei denn, der behandelnde Arzt kommt zu dem Schluss, dass der Zustand des Versicherten seine Einweisung zur stationären Behandlung erfordert. Bestimmte Patientengruppen (z.B. Bezieher von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt) sind von den Gebühren befreit.

Fahrtkostenersatz

Von den Krankenkassen werden sowohl die Kosten für Rettungsfahrten als auch medizinisch notwendige Kosten für Krankentransport sowie Fahrten mit privatem Fahrzeug zur Behandlung übernommen. Die entsprechenden Formulare sind in beiden letztgenannten Fällen vom behandelnden Arzt auszufüllen. Fahrtkosten für Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln werden nicht erstattet.

Zahnersatz

Die Kosten des Zahnersatzes werden von den Krankenkassen nur für bestimmte Zahnersatzarten in entsprechenden Zeitabständen übernommen, bei unter 18-Jährigen in der Regel ohne zeitliche Einschränkung. Die Krankenkassen zahlen grundsätzlich nur einen für die Standardausführung des jeweiligen Zahnersatzes festgelegten Festbetrag. Deshalb ist in vielen Fällen eine Eigenbeteiligung der Versicherten erforderlich.

Weitere Informationen zur Krankenversicherung (ohne Krankengeldversicherung) finden Sie auch auf der Webseite der nationalen Kontaktstelle für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (Kancelář zdravotního pojištění) www.kancelarzp.cz.

Tschechien: Pflegebedürfigkeit

Notwendige Gesundheitsleistungen werden vom öffentlichen Krankenversicherungssystem gezahlt, unabhängig davon, ob es sich um Pflegebedürftigkeit handelt, oder nicht. Pflegeleistungen werden vom Staat (Pflegegeld) und aus den Zuschüssen des Staates und der Regionen an die Leistungserbringer finanziert.

Grundprinzipien: Die Langzeitpflege erfolgt nicht im Rahmen eines eigenständigen Systems (wie in Deutschland im Falle der Pflegeversicherung), sondern einerseits als Teil des Gesundheitswesens im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums und anderseits im System der sozialen Dienstleistungen, für die das Ministerium für Arbeit und Soziales zuständig ist. Beide Systeme haben ihre eigenen gesetzlichen Regelungen, voneinander unabhängige Zulassungs- und Qualitätskriterien und unterschiedliche Finanzierungsmethoden.

Anwendungsbereich: Die Zielgruppe für Pflege besteht aus älteren Menschen, Menschen mit Behinderung und chronisch Kranken, deren Selbsthilfefähigkeit und Selbstständigkeit eingeschränkt sind. Pflegegeld wird an pflegebedürftige Personen gezahlt. Der Betrag wird an dem Bedarf an Pflege durch andere Personen für mehr als ein Jahr bemessen: Pflegestufen I bis IV, mit unterschiedlichen Bedingungen für Erwachsene und Kinder.

Pflegestufen: 4 Stufen der Bedürftigkeit (Pflegestufen): leichte, mittelschwere, schwere und völlige (Pflege-)Bedürftigkeit aufgrund eines langfristig beeinträchtigten Gesundheitszustandes.

Dauer der Leistungen: Keine Begrenzung

Begutachtung: Die Bedürftigkeit von Anspruchsberechtigten wird durch einen Sozialarbeiter der zuständigen Bezirkszweigstelle des Arbeitsamtes und anschließend durch die zuständige Kreisverwaltung der Sozialversicherungsanstalt beurteilt. Auf der Grundlage der Beurteilung erlässt die Bezirkszweigstelle des Arbeitsamtes die Entscheidung darüber, ob das Pflegegeld bewilligt, oder nicht bewilligt wird.

Sachleistungen:

- Pflege im Haushalt (familiäre Pflege, mobile oder ambulante Pflegedienste)
- Teilstationäre Pflege (Tages- und Wochenpflegeeinrichtungen, Entlastungspflege)
- Vollstationäre Pflege (Pflege-/Seniorenheime, Einrichtungen für Behinderte, Suchtkranke usw.)

Geldleistungen: Das Pflegegeld ist zur Deckung der Ausgaben für Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen bestimmt. Für die Auszahlung ist die zuständige Bezirkszweigstelle des Arbeitsamtes zuständig. Diese prüft auch seine ordnungsgemäße und zweckgerechte Verwendung.

Pflegegeld an Pflegebedürftige unter 18 Jahren (pro Monat):

- Stufe I: 3.300 CZK
- Stufe II: 6.600 CZK
- Stufe III:
  - 9.900 CZK bei vollstationärer Pflege
  - 13.900 CZK v in den anderen Fällen
- Stufe IV:
  - 9.900 CZK bei vollstationärer Pflege
  - 13.900 CZK v in den anderen Fällen

Pflegegeld für Pflegebedürftige über 18 Jahren (pro Monat):

- Stufe I: 880 CZK
- Stufe II: 4.400 CZK
- Stufe III:
    - 8.800 CZK bei vollstationärer Pflege
    - 12.800 v in den anderen Fällen
- Stufe IV:
    - 13.200 CZK bei vollstationärer Pflege
    - 19.200 CZK v in den anderen Fällen

Das Pflegegeld kann sich um 2.000 CZK pro Monat erhöhen, wenn es sich bei dem Anspruchsberechtigten um ein unterhaltberechtigtes Kind unter 18 Jahren oder um einen Elternteil, der für ein unterhaltberechtigtes Kind unter 18 Jahren sorgt, handelt und zugleich das maßgebliche Einkommen des Anspruchsberechtigten und der Personen, deren Einkommen für die Beurteilung des Anspruchs mit herangezogen wird, unter dem Zweifachen ihres Mindestbedarfs liegt.