

INFOS FÜR GRENZGÄNGER

2011

European Employment Services (EURES) heißt das Programm der EU zur Beförderung der Arbeitnehmermobilität über alle Grenzen in Europa hinweg. Die EURES Grenzpartnerschaft Bodensee vereint Arbeitsverwaltungen, Sozialpartner und öffentliche Einrichtungen aus Österreich, Liechtenstein, der Schweiz und Deutschland zu dem Ziel, einen offenen Arbeitsmarkt im Bodenseeraum zu schaffen. Dieses Faktenblatt ist der Broschüre »Infos für Grenzgänger« Bodensee entnommen und dient der Selbsthilfe; für verbindliche Auskünfte kontaktieren Sie bitte die angegebenen Adressen. Querverweise und Hinweise auf Adressen in genannten Kapiteln beziehen sich auf die Broschüre insgesamt.



Grenzüberschreitende soziale Sicherheit

ÖSTERREICH

1

Krankenversicherung | Unfallversicherung | Vorsorge | Arbeitslosigkeit | Familien

1. Krankenversicherung

1.1 Grundsätzliches

Hinweis: In den folgenden Abschnitten werden einige Abkürzungen (z.B. EWR) verwendet, die für verschiedene Staatengruppen (z.B. Europäischer Wirtschaftsraum) stehen. Was sich hinter den Abkürzungen verbirgt und welche Staaten der jeweiligen Gruppen zuzurechnen sind, können Sie den Seiten 5 und 6 entnehmen.

Welche Rechtsgrundlagen gibt es?

Zwischen den 4 Staaten der Bodenseeregion kommen die europäischen Koordinierungsregeln im Bereich der Sozialen Sicherheit zur Anwendung, durch welche sichergestellt wird, dass Leistungen auch grenzüberschreitend in Anspruch genommen werden können.

Diese Regelungen sind im Verhältnis Deutschland und Österreich in der neuen EG-Verordnung Nr. 883/04 und im Verhältnis Schweiz und Liechtenstein derzeit noch in der EG-Verordnung Nr. 1408/71 sowie den jeweils dazugehörigen Durchführungsverordnungen festgehalten. Beide Verordnungen gelten zwischen Österreich, Deutschland, der Schweiz und Liechtenstein für Staatsangehörige des EWR und der Schweiz. Auf Drittstaatsangehörige finden sie nur innerhalb der EU und zwischen Österreich und Liechtenstein Anwendung. Zwischen Deutschland und der Schweiz gilt für Drittstaatsangehörige das Deutsch-Schweizerische Abkommen über Soziale Sicherheit.

Wo bin ich krankenversichert?

Sie sind in der Regel dort versichert, wo Sie arbeiten. Grenzgänger von Österreich nach Liechtenstein sowie Grenzgänger von Österreich oder Deutschland in die Schweiz können sich bei Nachweis einer Versicherung im Wohnsitzstaat von der Versicherungspflicht für Krankenpflege im Erwerbsstaat befreien lassen.

Wenn Sie in mehreren Staaten einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sind Sie nur in einem dieser Staaten krankenversichert. Sind Sie im Wohnsitzstaat als Arbeitnehmer beschäftigt, dann müssen Sie sich dort auch versichern. Wenn Sie im Wohnsitzstaat dagegen selbständig und gleichzeitig im Ausland unselbständig erwerbstätig sind, unterliegen Sie der Versicherungspflicht im Ausland. Von diesem Grundsatz wird jedoch bei einer selbständigen Tätigkeit in Liechtenstein

und der Schweiz abgewichen. In diesem Fall sind beide Beschäftigungsstaaten für die Sozialversicherung zuständig.

Was versteht man unter Sachleistungsaushilfe?

Darunter versteht man die Zusammenarbeit von Krankenversicherungen der verschiedenen Staaten mit dem Ziel, den Versicherten grenzüberschreitend Sachleistungen zu gewähren.

Wenn Sie im Erwerbsstaat krankenversichert sind, können Sie und Ihre mitversicherten Angehörigen Sachleistungen im Staat des Wohnsitzes nach den dort geltenden Rechtsvorschriften in Anspruch nehmen.

Wenn Sie im Wohnsitzstaat krankenversichert sind, wird Ihnen grundsätzlich auch im Staat, in dem Sie arbeiten, Behandlung und Versorgung gewährt. Genauer finden Sie in den Abschnitten zu den einzelnen Staaten.

Die Sachleistungsaushilfe greift jedoch nur, wenn Sie bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Sind Sie bei einer Privatkrankenkasse bzw. zu einem Privattarif versichert, sollten Sie sich genau erkundigen, ob Sie auch Leistungen im jeweils anderen Staat in Anspruch nehmen können.

Was sind Sachleistungen, was sind 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 (Krankentaggeld, Krankengeld) und bei Mutterschaft (Mutterschaftsgeld, Wochengeld) dar.

In Liechtenstein und der Schweiz werden Sach- und Geldleistungen separat versichert. Sachleistungen werden von der Krankenpflegeversicherung, Geldleistungen von der Krankentaggeldversicherung abgedeckt.

In Österreich und Deutschland umfasst die gesetzliche Krankenversicherung für Arbeitnehmer sowohl Sachleistungen als auch Geldleistungen.

Sachleistungen können grenzüberschreitend in Anspruch genommen werden. Für Geldleistungen gelten dagegen immer die Vorschriften des Versicherungsstaates.



Wie wird die Sachleistungsaushilfe praktisch umgesetzt?

Wenn Sie im Erwerbsstaat 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 im Erwerbsstaat wenden und um Ausstellung des Formulars E 106 bzw. S1 bitten. Das Dokument wird von der Sie „betreuenden“ Krankenversicherung im Staat Ihres Wohnsitzes benötigt. Welche Kasse bzw. Einrichtung das ist, können Sie den Abschnitten zu den jeweiligen Staaten entnehmen. Diese, in der Versicherungssprache auch „aushelfende“ Kasse genannt, rechnet mit dem konsultierten Arzt, der Apotheke, dem Krankenhaus oder dem Therapeuten so ab, als wären Sie dort versichert. Anschließend werden Ihrer Krankenkasse die entstandenen Kosten über eine zwischenstaatliche Verbindungsstelle in Rechnung gestellt.

Von der „aushelfenden“ Kasse erhalten Sie eine spezielle Chipkarte, die Sie beim Arzt vorlegen. Sie können damit die gesetzlich vorgeschriebenen Sachleistungen im Staat des Wohnsitzes beanspruchen, als ob Sie dort versichert wären.

1.2 Krankenversicherung in Österreich**In welchem Staat muss/kann ich mich versichern?**

Im Regelfall müssen Sie in Österreich krankenversichert sein, wenn Sie dort beschäftigt sind. Dies gilt jedoch nicht für vom Arbeitgeber befristet nach Österreich entsandte Arbeitnehmer. Wenn Sie außerhalb von Österreich auch an Ihrem ausländischen Wohnsitz unselbständig erwerbstätig sind, müssen Sie sich dort versichern.

Für Einkommen unter 374,02€ (2011) besteht keine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung. Geringfügig Beschäftigte sind zwar über den Arbeitgeber unfallversichert, aber nicht krankenversichert. Dadurch besteht auch kein Anspruch auf Krankengeld gegenüber der Krankenkasse. Es gibt jedoch die Möglichkeit, sich um monatlich 52,78€ (2011) selbst zu versichern.

Zwischen welchen Krankenkassen kann ich wählen?

In Österreich können Sie als Arbeitnehmer nicht wählen, sondern je nach ausgeübter Tätigkeit und Region ist eine bestimmte gesetzliche Krankenkasse für Sie zuständig. In vielen Fällen ist das die Gebietskrankenkasse (GKK).

Ist die Familie mitversichert?

Nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder sind grundsätzlich mitversichert. Es empfiehlt sich dennoch, mit der zuständigen Krankenkasse den Versicherungsschutz konkret für jedes Familienmitglied abzuklären.

Wie hoch sind die Beiträge?

In Österreich wird bei den Beitragssätzen zur Krankenversicherung derzeit noch zwischen Arbeitern, Angestellten und anderen Gruppen unterschieden. Bei Arbeitern beträgt der Arbeitnehmeranteil 3,95% des Bruttolohns und der Arbeitgeberanteil 3,7%. Bei Angestellten tragen Arbeitnehmer mit 3,82% und Arbeitgeber mit 3,83% des Bruttolohns zur Krankenversicherung bei. Übersteigt Ihr monatliches Bruttoeinkommen die sogenannte Höchstbeitragsgrundlage von 4.200€ (2011), dann wird der Teil, der über dieser Grenze liegt, nicht zur Beitragsberechnung herangezogen.

Der Krankenversicherungsbeitrag wird vom Arbeitgeber einbehalten und an die Krankenkasse überwiesen.

Sie sind dadurch aber nicht Mitglied dieser Krankenkasse. Das bedeutet, dass Sie sich, wenn Sie die Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) bzw. einen Auslandskrankenschein für medizinisch notwendige Maßnahmen während eines Auslandsaufenthalts außerhalb von Erwerbs- und Wohnsitzstaat benötigen, an die Kasse wenden müssen, an die Sie Versicherungsbeiträge zahlen.

Wo bin ich bei Arbeitslosigkeit oder als Rentner/Pensionist krankenversichert?

Bei Arbeitslosigkeit sind Sie im Staat des Wohnsitzes krankenversichert, wenn Sie dort Leistungen von der Arbeitslosenversicherung beziehen.

Als Rentner/Pensionist sind Sie in der Regel ebenfalls im Staat des Wohnsitzes krankenversichert. Wenn Sie nur Rente/Pension aus Erwerbstätigkeit im Ausland beziehen, müssen Sie sich dort versichern.

Dies sind allgemeine Richtlinien. Es empfiehlt sich, die Versicherungspflicht für den Einzelfall abklären zu lassen.

Seit Einführung der „e-card“ im Jahr 2005 wird für den Versicherten sowie gegebenenfalls für den mitversicherten Partner zudem eine jährliche Servicegebühr in Höhe von 10€ erhoben, die jeweils zum 15. November für das Folgejahr vom Lohn abgezogen wird.

Ich wohne in der Schweiz.**Kann ich mich auch dort behandeln lassen?**

Ja. Die österreichische gesetzliche Krankenkasse übernimmt die in der Schweizer Grundversicherung vorgeschriebenen Leistungen. Hierfür müssen Sie bei der österreichischen Krankenkasse eine Ansässigkeitsbescheinigung Ihrer Wohnsitzgemeinde einreichen und um Übermittlung des Formulars E 106 bzw. S1 (Betreuungsauftrag) an die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn bitten. Von dort erhalten Sie eine Karte, die Sie in der Apotheke, bei Krankenhausaufnahme und beim Arzt vorlegen. In den meisten Kantonen müssen Sie die Arztrechnung vorerst selbst bezahlen und erhalten den Betrag abzüglich der Kostenbeteiligung erst zurückerstattet, nachdem Sie die Rechnung bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG eingereicht haben.

Ich wohne in Deutschland.**Kann ich mich auch dort behandeln lassen?**

Ja. Dazu müssen Sie bei der österreichischen Krankenkasse eine Meldebestätigung Ihrer Wohnsitzgemeinde einreichen und die als „aushelfende“ Kasse gewünschte deutsche gesetzliche Krankenversicherung angeben. Die österreichische Krankenkasse sendet einen so genannten Betreuungsauftrag an die deutsche Krankenkasse, von der Sie und Ihre mitversicherten Familienmitglieder eine spezielle Chipkarte erhalten, die Sie beim behandelnden Arzt vorlegen.

Welche Leistungen übernimmt die österreichische Krankenkasse?

Die österreichische Krankenversicherung gewährt Sach- und Geldleistungen bei Krankheit, bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit und bei Mutterschaft. Es werden ärztliche,

zahnärztliche und therapeutische Behandlungen, Medikamente, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Anteil am Zahnersatz, Krankenhausaufenthalte, Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Rehabilitation und medizinische Hauskrankenpflege übernommen. Die Versicherung trägt die Kosten bei einem Vertragsarzt voll, bei einem Wahlarzt gegen Vorlage der Honorarnote zu 80% des Vertragsstarifes.

Wann zahlt die Krankenkasse Krankengeld und wie hoch ist es?

Bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit zahlt die Krankenkasse Krankengeld, sobald die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber wegfällt bzw. 50% oder weniger beträgt. Informationen zum Thema Lohnfortzahlung finden Sie auch in Kapitel I.4.2 Arbeitsrecht in Österreich. Nach den gesetzlichen Bestimmungen wird das Krankengeld grundsätzlich bis zu einer Dauer von 26 Wochen gewährt. Die Anspruchsdauer erhöht sich auf 52 Wochen, wenn der Versicherte innerhalb der letzten 12 Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 6 Monate bei der Krankenversicherung gemeldet war.

Die Höhe des Krankengeldes ist abhängig vom Zeitpunkt der Inanspruchnahme und der familiären Situation des Versicherten. Es beträgt ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit 50% und ab dem 43. Tag 60% des beitragspflichtigen Bruttolohns für allein stehende Arbeitnehmer und für Doppelverdiener ohne Kinder. Bei nicht erwerbstätigem Ehepartner und bei Familien kann das Krankengeld bis zu 75% des beitragspflichtigen Bruttolohns betragen. Zahlt der Arbeitgeber noch die Hälfte des Lohns, besteht nur Anspruch auf das halbe Krankengeld.

Wann ist eine Kostenbeteiligung zu leisten und in welcher Höhe?

In Österreich gibt es eine Vielzahl von Selbstbehalten. Befreiungen davon sind unterhalb bestimmter Einkommensgrenzen möglich. Nachstehend sind die wichtigsten Selbstbehalte aufgeführt:

Leistung	Selbstbehalt (2011)
Wahlarzt	Kosten, die 80 % der entsprechenden Vertragsleistung übersteigen
Medikamente	pro Verordnung 5,10€
Krankenhausaufenthalt	pro Tag 10,91€; für mitversicherte Angehörige muss mehr bezahlt werden
Heilbehelfe/Hilfsmittel (z.B. orthopädische Schuheinlagen)	10% der Kosten, mindestens 28,00€, Beträge bis zu 1.120€ und darüber möglich (Rollstühle, Prothesen usw.)
Brillen und Kontaktlinsen (für Gleitsicht- und Trifokalgläser übernimmt die Kasse nichts)	10% der Kosten, mindestens 84,00€
Zahnersatz	teilweise erhebliche Eigenanteile
Kur- und Rehabilitationsaufenthalt	in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen, jedoch maximal 17,00€ pro Tag

Auf Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft entfallen außer der Rezeptgebühr bei Besuch eines Vertragsarztes keine Selbstbehalte.

Welche Leistungen erhalte ich bei Schwangerschaft und Entbindung von der Krankenkasse?

Sie erhalten Sachleistungen wie ärztliche Behandlungen, Betreuung durch eine Hebamme, Medikamente, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Spitalaufenthalt. Als Arbeitnehmerin erhalten Sie während der Mutterschutzfrist Wochengeld von der Krankenkasse in Höhe Ihres durchschnittlichen Nettoverdienstes. Die Mutterschutzfrist beginnt 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin und endet 8 Wochen, bei Mehrlings-, Früh- und Kaiserschnittgeburten 12 Wochen, danach.

Ich wohne in Deutschland. Muss ich Beiträge an die deutsche Pflegeversicherung zahlen?

Nein, die Pflegeversicherung ist für Sie nicht zwingend vorgeschrieben. Lückenlose Versicherungszeiten können aber von Vorteil sein.

An wen kann ich mich mit Fragen wenden?

Auskünfte erteilen die Krankenkassen und die Verbindungsstelle der Sozialversicherungen in Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Kundmangasse 21
A-1031 Wien
Tel. +43 (0)1 711 32
Fax +43 (0)1 711 32 3777
posteingang.allgemein@hvb.sozvers.at
www.sozialversicherung.at

Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK), Hauptstelle
Jahngasse 4
A-6850 Dornbirn
Tel. +43 (0)50 84 55
Fax +43 (0)50 84 55 1040
vgkk@vgkk.at
www.vgkk.at

Servicestelle Bregenz VGKK
Heldendankstr. 10
A-6900 Bregenz
Tel. +43 (0)50 84 55 2410
Fax +43 (0)50 84 55 2040
bregenz@vgkk.at

Servicestelle Egg VGKK
Bundesstr. 1039
A-6863 Egg, Vorarlberg
Tel. +43 (0)50 84 55 5421
Fax +43 (0)50 84 55 5040
egg@vgkk.at

Servicestelle Feldkirch VGKK
Bahnhofstr. 30
A-6800 Feldkirch
Tel. +43 (0)50 84 55 3420
Fax +43 (0)50 84 55 3040
feldkirch@vgkk.at

Servicestelle Bludenz VGKK
Bahnhofstr. 12
A-6700 Bludenz
Tel. +43 (0)50 84 55 4400
Fax +43 (0)50 84 55 4040
bludenz@vgkk.at

Servicestelle Schruns VGKK
Veltlinerweg 5
A-6780 Schruns
Tel. +43 (0)50 84 55 6421
Fax +43 (0)50 84 55 6040
schruns@vgkk.at

Servicestelle Riezlern VGKK
Walsersstr. 25
A-6991 Riezlern, Kleinwalsertal
Tel. +43 (0)50 84 55 5415
Fax +43 (0)50 84 55 5041
riezlern@vgkk.at