

Auslandsaufenthalt - Beschäftigung

Normen

§ 17 SGB V

Kurzinfo

Für Arbeitnehmer, die von ihrem Arbeitgeber befristet ins Ausland entsandt werden, gelten unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin die deutschen Rechtsvorschriften (vgl. Ausstrahlung , § 4 SGB IV).

Information

Inhaltsübersicht

1. Kostenübernahme bei Erkrankung im Ausland
2. Leistungsaushilfe durch ausländische Krankenkassen
3. Selbstbeschaffte Leistungen i.R.d. Kostenerstattung

1. Kostenübernahme bei Erkrankung im Ausland

Bei Erkrankungen während einer vorübergehenden Beschäftigung im Ausland erhalten sowohl die Mitglieder als auch die familienversicherten Angehörigen, die das Mitglied im Ausland besuchen oder es dorthin begleiten, die Leistungen vom Arbeitgeber (§ 17 SGB V). Die Krankenkasse erstattet dem Arbeitgeber die Kosten, die im Inland entstanden wären. Die Krankenkasse hat keine Möglichkeit, auf den Arbeitgeber z.B. hinsichtlich der Art der im Einzelfall durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen einzuwirken. Auf der anderen Seite ist sie auch nur zur Erstattung der Kosten für die Leistungen und in dem Umfang verpflichtet, für den sie im Inland gezahlt hätte.

§ 17 SGB V bezieht sich ausdrücklich auch auf die familienversicherten Angehörigen, soweit sie mit dem Versicherten ins Ausland gegangen sind oder ihn dort besuchen. Für nicht familienversicherte Angehörige (z.B. selbst gesetzlich oder privat krankenversicherte Ehegatten oder mitreisende Lebenspartner, die nicht unter § 10 SGB V fallen) besteht folglich nach § 17 SGB V kein Erstattungsanspruch, wenn sie den Versicherten ins Ausland begleiten. Dies gilt sowohl für die Familienangehörigen in Bezug auf den Arbeitgeber als auch für den Arbeitgeber in Bezug auf die Krankenkasse des Familienangehörigen.

Hinweis:

Der GKV-Spitzenverband vertritt in Abstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die Auffassung, dass § 17 SGB V auch auf Auslandsdienstreisen anwendbar ist (vgl. RdSchr. des GKV-Spitzenverbandes Nr. 374/2012 vom 28.08.2012). Kein Anspruch nach § 17 SGB V besteht dagegen in den Fällen, in denen Versicherte als Ortskräfte an deutschen Botschaften/Konsulaten beschäftigt sind.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes besteht nicht allein deshalb ein Anspruch auf Leistungen nach § 17 SGB V , weil auf Ortskräfte an deutschen Botschaften/Konsulaten die deutschen Rechtsvorschriften zur sozialen Sicherheit anzuwenden sind. Es müssen auch die Voraussetzungen des § 17 SGB V - z.B. in Bezug auf den vorübergehenden Charakter des Auslandsaufenthaltes (vgl. BSG, 27.09.2005 - B 1 KR 13/04 R , RdNr. 21 und 28) - erfüllt sein. Da dies bei den Ortskräften nicht der Fall ist, besteht nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes für diese auch kein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 17 SGB V (vgl. RdSchr. des GKV-Spitzenverbandes Nr. 361/2012 vom 10.08.2012)

Zwar erstattet die Krankenkasse dem Arbeitgeber nur die entstandenen Kosten bis zu der Höhe, in der sie ihr im Inland entstanden wären (Ausnahmen vgl. Fachbeitrag Kostenerstattung - Ausland - dort Pkt. 4.), dies bedeutet allerdings nicht, dass auch der Arbeitgeber seinen Erstattungsanspruch gegenüber dem Arbeitnehmer bzw. den ihn begleitenden familienversicherten Angehörigen entsprechend beschränken kann. Hinsichtlich dieses Anspruchs sieht nämlich § 17 Abs. 1 SGB V nur eine Beschränkung auf die während der Beschäftigung eintretenden Erkrankungen sowie auf Leistungen bei Schwangerschaft oder Mutterschaft, nicht aber auf die Höhe der Kassenleistung vor.

Der Arbeitgeber hat die hierfür angefallenen Kosten, also auch die für privatärztlich in Anspruch genommene Leistungen, grundsätzlich in voller Höhe zu erstatten (vgl. BSG, 27.09.2005 - B 1 KR 13/04 R , Rz. 22 sowie BVerfG, 17.03.2008 - 1 BvR 96/06 , Rz. 6). Allerdings kann er die vom Arbeitnehmer und seinen familienversicherten Angehörigen, die ihn ins Ausland begleiten, im Inland zu zahlenden Eigenanteile und Zuzahlungen hiervon in Abzug bringen, da der Arbeitgeber diesbezüglich den Arbeitnehmer und seine ihn begleitenden familienversicherten Angehörigen nicht besser zu stellen hat als bei einer Beschäftigung im Inland.

Arbeitgeber, die die oben beschriebenen Kostenrisiken absichern wollen, können für entsandte Arbeitnehmer und deren familienversicherte Angehörige bei privaten Anbietern Gruppenversicherungsverträge abschließen, die diese Risiken, einschließlich des Risikos des Rücktransports im Krankheitsfall weitgehend decken.

Fraglich war in der Praxis, ob es für eine Erstattung nach § 17 Abs. 2 SGB V erforderlich ist, dass genehmigungspflichtige Leistungen (z.B. Psychotherapie oder künstliche Befruchtung) vor ihrer Inanspruchnahme durch den Versicherten im Ausland bei der Krankenkasse beantragt werden müssen. Ebenfalls kam die Frage auf, ob eine Erstattung nach § 17 Abs. 2 SGB V nur erfolgen kann, wenn deutsche Rechtsvorschriften eingehalten werden.

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben hierzu in der Niederschrift über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 13./14.06.2016 in Berlin folgendes vereinbart:

Die Besprechungsteilnehmer/innen vertreten einvernehmlich die folgenden Auffassungen:

- a) Für eine Erstattungspflicht der Krankenkasse nach § 17 Abs. 2 SGB V ist es nicht erforderlich, dass eine dem Grunde nach im Voraus zu beantragende Leistung vorab durch die Krankenkasse genehmigt werden muss. Alle weiteren für die jeweilige Leistung im Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen müssen allerdings erfüllt sein, um eine Kostenerstattung nach § 17 Abs. 2 SGB V realisieren zu können.
- b) Gemäß § 17 Abs. 2 SGB V können dem Arbeitgeber nur Kosten für in Anspruch genommene Leistungen in der Höhe erstattet werden, in der sie der Krankenkasse im Inland entstanden wären. Vor diesem Hintergrund besteht bei der Prüfung des Erstattungsanspruchs die Pflicht, in Deutschland bestehende Rechts- und Qualitätsvorgaben entsprechend zu berücksichtigen.

Das Besprechungsergebnis spiegelt damit auch die in der Rechtsprechung zu § 17 und § 18 SGB V vertretene Auffassung wieder, dass z.B. Leistungen, die im Inland nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können, weil z.B. gegen bestehende Rechtsvorschriften verstoßen werden würde (z.B. i.R.d. Embryonenschutzgesetzes oder des Transplantationsgesetzes) oder Qualitätsvorgaben (resultierend aus dem SGB V, dem Medizinproduktegesetz etc.) nicht eingehalten werden auch im Rahmen von § 17 Abs. 2 SGB V weder vom Arbeitgeber zu übernehmen, noch von den Krankenkassen erstattungsfähig sind.

2. Leistungsaushilfe durch ausländische Krankenkassen

Bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland sehen die EG- bzw. EWG-Verordnungen ⁽¹⁾ als andere Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen eine Leistungsaushilfe durch die ausländische Krankenkasse vor. Hiervon erfasst werden auch entsandte Arbeitnehmer (Entsendung).

Dies gilt auch für entsandte Arbeitnehmer in Staaten, mit denen Deutschland durch über- oder zwischenstaatliche Regelungen verbunden ist, wenn diese eine Leistungsaushilfe für deren Behandlung im anderen Staat vorsehen. Während sich entsandte Arbeitnehmer bei einer Entsendung in einen Staat des EU-/EWRs oder die Schweiz unmittelbar mit ihrer European Health Insurance Card (EHIC) an den Leistungserbringer wenden können, muss sich der in einen bilateralen Abkommensstaat entsandte Arbeitnehmer grundsätzlich vor der Behandlung an eine Krankenkasse am Aufenthaltsort wenden (Ausnahmen: Mazedonien). Für die entsandten Arbeitnehmer gelten daher die gleichen Modalitäten wie für Urlauber oder Studenten (Auslandsaufenthalt - Urlaub).

Nähere Details zur Leistungsaushilfe in den einzelnen Staaten finden Sie daher in den länderspezifischen Broschüren "Meine Krankenversicherung bei Aufenthalt in ..." im Fachbeitrag Auslandsaufenthalt - Urlaub .

3. Selbstbeschaffte Leistungen i.R.d. Kostenerstattung

Gesetzlich Versicherte, die im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz beschäftigt sind, können sich auch auf Basis des innerstaatlichen Rechts i.R.d. § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V i.V.m. der jeweiligen Satzung der Krankenkasse Gesundheitsleistungen i.R.d. Kostenerstattung besorgen. Außerhalb des Krankenhauses ist dies grundsätzlich sogar ohne vorherige Genehmigung möglich. Es sind allerdings – im Gegensatz zum Verfahren nach § 17 SGB V - die innerdeutschen Antrags- und Begutachtungsverfahren (z.B. Heil- und Kostenplan, Einschaltung des MDK) einzuhalten. Außerdem mindern hierbei Abschläge für Verwaltungskosten sowie Arzneimittelrabatte, die die Krankenkasse bei Leistung im Inland hätte nutzen können, den an den Versicherten auszahlenden Erstattungsbetrag. Schließlich muss der Versicherte bei diesem Verfahren seinen Erstattungsanspruch selbst gegenüber seiner Krankenkasse geltend machen und nicht - wie bei § 17 SGB V - der Arbeitgeber.

Praxistipp:

Weitere Informationen hierzu erhalten Arbeitnehmer und Arbeitgeber von der gesetzlichen Krankenkasse oder der Nationalen Kontaktstelle. Letztere wurde als wettbewerbsneutrale Informationsstelle beim GKV-Spitzenverband, DVKA errichtet. Weitere Informationen zum kostenfreien Service der Nationalen Kontaktstelle finden Sie im Internet unter <http://www.eu-patienten.de> .

Anmerkung 1:

Hinsichtlich der gegenseitigen Anwendung der Systeme der Sozialen Sicherheit gilt seit dem 01.05.2010 die EG-Verordnung Nr. 883/2004 sowie deren Durchführungsverordnung, die EG-Verordnung Nr. 987/2009 . Die EG-Verordnungen gelten inzwischen auch für Staatsangehörige anderer Staaten (Drittstaatsangehörige), wenn diese ihren rechtmäßigen Wohnsitz in einem EU-Staat (Ausnahme: Dänemark und Vereinigtes Königreich, hier nur EU-/EWR-Staatsangehörige) haben.

Für Drittstaatsangehörige in Bezug auf das Vereinigte Königreich gelten bis zum 31.12.2020, weiterhin die Rechtsvorschriften der EWG-Verordnung Nr. 1408/71 und ihrer Durchführungsverordnung, der EWG-Verordnung Nr. 574/72 . Wer als Drittstaatsangehöriger in Bezug auf das Vereinigte Königreich anzusehen ist, erörtert der Fachbeitrag EG-Verordnung Nr. 883/2004.

Durch das "Brexit-Referendum", die mit der EU vereinbarten Verlängerungen des Austrittstermins auf den 31.01.2020 und das zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich abgeschlossenen Austrittsabkommen, treten zunächst in Bezug auf das Vereinigte Königreich bis zum 31.12.2020 keine rechtlichen Änderungen ein (vgl. Details hierzu im Fachbeitrag Brexit). Für die Auswirkungen auf die Gültigkeit der Bescheinigung A1, vgl. Informationen in der Broschüre " Arbeiten im Vereinigten Königreich " sowie im Fachbeitrag Brexit .

Bitte beachten Sie jedoch, dass Schweizer sowie andere Drittstaatsangehörige in Bezug auf die EWR-Staaten Island, Lichtenstein und Norwegen nicht von der EG-Verordnung Nr. 883/2004 erfasst werden, da der Gemeinsame EWR-Ausschuss die sog. Drittstaatenverordnung – VO (EU) 1231/10 – bisher nicht übernommen hat (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes Nr. 2011/12). Dies gilt wegen einer fehlenden Zustimmung des Gemischten Ausschusses auch für EWR-Staatsangehörige aus Island, Liechtenstein und Norwegen sowie für Drittstaatsangehörige in Bezug auf Sachverhalte mit der Schweiz.

Anmerkung 2:

Hinsichtlich der gegenseitigen Anwendung der Systeme der Sozialen Sicherheit gilt seit dem 01.05.2010 die EG-Verordnung Nr. 883/2004 sowie deren Durchführungsverordnung, die EG-Verordnung Nr. 987/2009 . Die EG-Verordnungen gelten inzwischen auch für Staatsangehörige anderer Staaten (Drittstaatsangehörige),

wenn diese ihren rechtmäßigen Wohnsitz in einem EU-Staat (Ausnahme: Dänemark und Vereinigtes Königreich, hier nur EU-/EWR-Staatsangehörige) haben.

Für Drittstaatsangehörige in Bezug auf das Vereinigte Königreich gelten bis zum 31.12.2020, weiterhin die Rechtsvorschriften der EWG-Verordnung Nr. 1408/71 und ihrer Durchführungsverordnung, der EWG-Verordnung Nr. 574/72 .

Durch das "Brexit-Referendum", die mit der EU vereinbarten Verlängerungen des Austrittstermins auf den 31.01.2020 und das zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich abgeschlossenen Austrittsabkommen, treten zunächst in Bezug auf das Vereinigte Königreich bis zum 31.12.2020 keine rechtlichen Änderungen ein (vgl. Details hierzu im Fachbeitrag Brexit).

Bitte beachten Sie jedoch, dass Schweizer sowie andere Drittstaatsangehörige in Bezug auf die EWR-Staaten Island, Lichtenstein und Norwegen nicht von der EG-Verordnung Nr. 883/2004 erfasst werden, da der Gemeinsame EWR-Ausschuss die sog. Drittstaatenverordnung – VO (EU) 1231/10 – bisher nicht übernommen hat (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes Nr. 2011/12). Dies gilt wegen einer fehlenden Zustimmung des Gemischten Ausschusses auch für EWR-Staatsangehörige aus Island, Lichtenstein und Norwegen sowie für Drittstaatsangehörige in Bezug auf Sachverhalte mit der Schweiz.