



7

GESUNDHEIT UND VORSORGE

1. KRANKENVERSICHERUNG BEI VORÜBERGEHENDEM AUFENTHALT IN DEUTSCHLAND
2. KRANKENVERSICHERUNG BEI LÄNGEREM AUFENTHALT IN DEUTSCHLAND
3. KRANKENVERSICHERUNG BEI WOHSITZ IN DEUTSCHLAND
4. KRANKENVERSICHERT IN DEUTSCHLAND: MEDIZINISCHE BEHANDLUNG
5. UNFALLVERSICHERUNG
6. VORSORGEVOLLMACHT

**In diesem Kapitel
erfahren Sie,**

welche Leistungen der Krankenversicherung Sie entsprechend Ihres Aufenthaltsstatus in Deutschland beanspruchen können, wie Sie sich gegen Unfälle absichern wie Sie für sich und Ihre Angehörigen bei Krankheit oder im Alter vorsorgen können.

Am Schluß des Kapitels finden Sie zusätzlich die Beratungsstellen und Kontakte, an die Sie sich in Sachsen-Anhalt wenden können.

1. KRANKENVERSICHERUNG BEI VORÜBERGEHENDEM AUFENTHALT IN DEUTSCHLAND

Wenn Sie sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, z.B. als Tourist/in, als entsandte/r Arbeitnehmer/in oder als hauptsächlich im Herkunftsland beschäftigte Saisonarbeiter/in, bleiben Sie durch die Krankenversicherung im Herkunftsland abgesichert. Für eine Behandlung beim Arzt oder im Krankenhaus benötigen Sie Ihre **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC - European Health Insurance Card)** und einen Identitätsnachweis (Personalausweis oder Reisepass). Die EHIC wird von Ihrer Krankenkasse im Herkunftsland kostenlos ausgestellt. Falls Sie keine EHIC haben, z. B. weil deren Ausstellung vor der Abreise zu lange Zeit dauern würde oder weil Sie schon unterwegs sind, können Sie bei Ihrer Krankenkasse auch eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** verlangen. Diese kann Ihnen auch per Fax oder elektronisch zugeschickt werden.

Sie können sich mit der EHIC bzw. PEB in Deutschland medizinisch behandeln lassen, sofern dies während des Aufenthalts notwendig wird, also nicht bis zu Ihrer Rückkehr ins Herkunftsland warten kann. Darunter fallen auch Sachleistungen im Zusammenhang mit chronischen oder bereits bestehenden Krankheiten sowie Schwangerschaft und Entbindung. Zu den Sachleistungen zählen die ärztliche Behandlung, die Krankenhausbehandlung und die Versorgung mit Arzneimitteln. Das Sachleistungsprinzip stellt sicher, dass Sie medizinische Leistungen erhalten, ohne selbst finanziell in Vorleistung gehen zu müssen. Die anfallenden Behandlungskosten werden von Ihrer Krankenkasse im Herkunftsland erstattet. Ein Rücktransport in Ihr Herkunftsland ist durch die EHIC/PEB jedoch **nicht** abgedeckt!





Die EHIC/PEB wird nur von Ärzten und Krankenhäusern anerkannt, die dem System der gesetzlichen Krankenkassen angeschlossen sind (z.B. Hinweis „Kassenarzt“ oder „alle Kassen“ bei Arztpraxen). Die private Gesundheitsversorgung ist nicht abgedeckt. Das sind z.B. Arztpraxen, die als „Privatpraxis“ ausgewiesen sind.



In der Arztpraxis oder im Krankenhaus müssen Sie das Formular „**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung**“ ausfüllen. Es wird Ihnen in der von Ihnen gewünschten Sprachfassung in der Praxis oder im Krankenhaus ausgehändigt. In dem Formular müssen Sie auch eine beliebige deutsche Krankenkasse angeben, z.B. eine Krankenkasse an Ihrem Aufenthaltsort. Über die deutsche Krankenkasse läuft die Abrechnung der Behandlungskosten.

HINWEIS: Das Merkblatt „**Mit der EHIC in Deutschland**“ enthält die wichtigsten Informationen. Es steht neben Deutsch in fünf weiteren Sprachen zur Verfügung.

Mehr Informationen über den Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, Angehörige des EWR und der Schweiz finden Sie in der gleichnamigen **Broschüre**.

2. KRANKENVERSICHERUNG BEI LÄNGEREM AUFENTHALT IN DEUTSCHLAND

Wenn Ihr Aufenthalt über einen Kurzaufenthalt hinausgeht, sollten Sie Ihren Leistungsanspruch über das Formular S1 sicherstellen. Es wird von Ihrer Krankenversicherung im Herkunftsland ausgestellt. Über medizinisch notwendige Behandlungen hinaus sind dann auch geplante Behandlungen und Routineuntersuchungen möglich. Mehr Informationen zum Formular S1 erhalten Sie hier: Dies betrifft etwa entsandte Arbeitnehmer/innen, Grenzgänger/innen und ihre Familienangehörigen oder Rentner/innen, die sich länger in Deutschland aufhalten.

Kommen Sie nach Deutschland, um sich hier gezielt medizinisch behandeln zu lassen – also eine geplante Behandlung vornehmen lassen – benötigen Sie einen von Ihrer Krankenversicherung im Herkunftsland ausgestellten Anspruchsnachweis („Portable Dokument S2“).

Eine Checkliste gibt einen Überblick darüber, was Sie bei einer geplanten Behandlung beachten müssen.

3. KRANKENVERSICHERUNG BEI WOHNSTIZ IN DEUTSCHLAND



Haben Sie Ihren Wohnsitz und damit den gewöhnlichen Aufenthaltsort nach Deutschland verlegt, muss in der Regel hier auch die Absicherung im Krankheitsfall erfolgen. Das gilt auch für Ihre Familienangehörigen, wenn sie hier leben. In Deutschland gilt die allgemeine Krankenversicherungspflicht!

In Deutschland ist die Krankenversicherung über zwei unterschiedliche Systeme möglich:

- die **gesetzliche Krankenversicherung (GKV)** und
- die **private Krankenversicherung (PKV)**.

Wenn Sie als Rentner/in eine Rente aus einem EU-Mitgliedstaat – Ihrem Herkunftsland – erhalten, Ihren Wohnort aber nach Deutschland verlegen, bleiben Sie im Herkunftsland krankenversichert!

Als Mitglied der GKV sind Sie automatisch auch **pflegeversichert**. Welche Leistungen Pflegebedürftige aus der Versicherung bekommen, hängt von der Dauer der Pflegebedürftigkeit, vom Pflegegrad und der Art der Pflege ab. Es handelt sich dabei nicht um eine Vollversicherung. Für eine vollständige Absicherung muss eine Pflege-Zusatzversicherung abgeschlossen werden. Privat Krankenversicherte müssen beim Abschluss ihres Krankenversicherungsvertrages gleichzeitig auch eine private Pflegeversicherung abschließen.

Eine aktuelle Übersicht zu den günstigsten Krankenkassen in Sachsen-Anhalt finden Sie [hier](#).



Sind Sie als Arbeitnehmer/in **geringfügig beschäftigt** (Stichwort „**Minijob**“), verdienen Sie nicht mehr als durchschnittlich 450 € im Monat und sind nicht hauptberuflich selbständig. Sie sind dann zwar nicht als Arbeitnehmer/in versicherungspflichtig. Sie müssen aber trotzdem für eine Krankenversicherung sorgen!

Bei **Arbeitsuchenden** kommt es darauf an: Solange Sie Ihren Lebensmittelpunkt noch in Ihrem Herkunftsland, d.h. Ihren Wohnsitz noch nicht nach Deutschland verlagert haben, bleiben Sie weiterhin durch die Krankenversicherung im Herkunftsland abgesichert. Die Beiträge an Ihre Krankenversicherung im Herkunftsland müssen Sie dann weiterhin zahlen. Die Bestimmung des Wohnsitzwechsels nach Deutschland kann manchmal schwierig sein. Entscheidende Kriterien sind: Dauer und Kontinuität des Aufenthalts in Deutschland, familiäre Verhältnisse und Wohnsituation – der Zeitpunkt der Meldung bei der Meldebehörde kann, muss aber nicht entscheidend sein.

GUT ZU WISSEN:

Als EU-Bürgerin oder -Bürger, der/die in Deutschland als Arbeitnehmer/in angestellt wird, sollten Sie sich rechtzeitig vor Arbeitsbeginn um die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse kümmern. Wenden Sie sich an eine Krankenkasse und melden Sie die Mitgliedschaft an. Eine Liste gesetzlicher Krankenkassen finden Sie [hier](#).



Wenn Sie sich länger als drei Monate in Deutschland aufhalten, unterfallen Sie in jedem Fall der Meldepflicht bei der örtlich zuständigen Meldebehörde. Informationen zum Aufenthaltsrecht finden Sie hier.



Wenn Sie als Arbeitsuchende/r Ihren Wohnsitz schon nach Deutschland verlegt haben, müssen Sie hier eine Krankenversicherung abschließen. Es besteht eine automatisch eintretende **Versicherungspflicht** („Auffangversicherungspflicht“ nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V)!

Sie können sich bei einer von Ihnen gewählten Krankenkasse gesetzlich versichern. Wer im Herkunftsland privat versichert war, muss sich auch in Deutschland eine private Krankenversicherung suchen.

HINWEIS: Für nicht Erwerbstätige besteht die Möglichkeit, sich nach Ablauf des Krankenversicherungsschutzes im Herkunftsland in Deutschland freiwillig gesetzlich zu versichern (§ 9 SGB V). Innerhalb von drei Monaten muss gegenüber einer Krankenkasse die freiwillige Versicherung schriftlich angezeigt werden. Es entsteht keine Lücke im Versicherungsschutz, da die Krankenversicherung in Deutschland unmittelbar anschließt. Lassen Sie sich den Eingang Ihrer schriftlichen Anzeige von der Krankenkasse bestätigen!

Auch wenn Sie **selbstständig** sind bzw. bisher waren, müssen Sie in Deutschland krankenversichert sein. **Sie können nicht auf einen Versicherungsschutz verzichten!** In der Regel müssen Sie sich bei einer privaten Krankenversicherung versichern. Diese unterscheiden sich oft stark in ihren Beiträgen und Leistungen.

Informieren Sie sich genau und vergleichen Sie immer mehrere Angebote. **Beratungsstellen** können Ihnen hierbei helfen.

Im Falle der **Arbeitslosigkeit** – nach vorheriger Tätigkeit in Deutschland – sind Sie automatisch weiter versicherungspflichtig. Meistens bleibt die Krankenversicherung bei der vorherigen Krankenkasse bestehen. Allerdings muss die Krankenkasse über die Arbeitslosigkeit informiert werden. Die Beiträge werden von der Arbeitsagentur (Arbeitslosengeld I) oder vom Jobcenter (Arbeitslosengeld II/“Hartz IV“) gezahlt.

Auch wenn Sie **Sozialhilfe** nach SGB XII beziehen, bleiben Sie im Regelfall in der GKV versichert. Die Beiträge zur GKV werden nach § 32 Abs. 1 SGB XII vom Sozialhilfeträger (kommunales Sozialamt) übernommen. Wenn Sie bei Eintritt der Hilfebedürftigkeit in der PKV versichert waren, werden angemessene Versicherungsbeiträge durch den Sozialhilfeträger übernommen (§ 32 Abs. 5 SGB XII).

Wenn Sie hilfebedürftig sind, aber **ohne Versicherungsschutz** dastehen, weil etwa Ihre Krankenversicherung im Herkunftsland nicht mehr besteht oder Sie keine Krankenversicherung in Deutschland abschließen konnten, kommt je nach aufenthaltsrechtlicher Situation die Ge-



sundheitshilfe nach SGB XII in Betracht (§ 23 SGB XII). Sofern Sie aufgrund Ihrer aufenthaltsrechtlichen Situation z.B. als Arbeitsuchende/r keinen Anspruch auf diese Leistungen haben, sind nur Gesundheitsleistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Geburt bis zu einem Monat innerhalb von zwei Jahren möglich; in Einzelfällen auch über einen längeren Zeitraum.

Wenn Sie Schwierigkeiten haben, Mitglied in einer Krankenversicherung zu werden, wenden Sie sich an eine Beratungsstelle.

Vermeiden Sie unbedingt, dass Sie nicht versichert sind!

Das führt in jedem Fall für Sie zu Problemen.

HINWEIS: Unter den Beratungsstellen finden sich sogenannte Clearingstellen, die für Sie prüfen können, ob und in welchem Umfang Sie einen Anspruch auf Leistungen im deutschen Gesundheitssystem haben. Clearingstellen können Ihnen auch helfen, eine Krankenversicherung abzuschließen.

Weitergehende Informationen für EU-Bürgerinnen und -Bürger und ihre Familienangehörigen zum Thema Zugang zum Gesundheitssystem erhalten Sie in der Broschüre „**Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, Angehörige des EWR und der Schweiz**“

der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege und der EU-Gleichbehandlungsstelle.



4. KRANKENVERSICHERT IN DEUTSCHLAND: MEDIZINISCHE BEHANDLUNG

Als Mitglied der GKV in Deutschland erhalten Sie eine **Krankenversicherungskarte**. Die Krankenversicherungskarte legen Sie bei jedem Arztbesuch vor. Die Kosten für die ärztliche Behandlung werden direkt mit der Krankenversicherung abgerechnet. Sie müssen nichts zahlen.

Wenn Sie in Deutschland arbeiten, aber in einem anderen Land wohnen (Wohnsitz außerhalb des Versicherungslandes), können Sie sich auch in Ihrem Wohnsitzland medizinisch behandeln lassen. Allerdings sollten Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung in Ihrem Wohnsitzland anmelden. Für die Anmeldung in Ihrem Wohnsitzland brauchen Sie das Formular S1. Das Formular können Sie bei Ihrer Krankenkasse in Deutschland beantragen.

Manchmal empfiehlt der Arzt Behandlungen, die in der Grundversorgung der Krankenversicherung nicht enthalten sind (IGeL – Individuelle Gesundheitsleistungen). Sie können entscheiden, ob Sie diese gegen zusätzliche Kosten in Anspruch nehmen wollen. Ihr Arzt muss Sie über die Vor- und Nachteile einer solchen zusätzlichen Behandlung sowie über deren Kosten aufklären.



Allgemeine Informationen zu den Leistungen der deutschen Sozialversicherung bei Krankheit, Arbeitsunfall und Berufskrankheit sind auf den Internetseiten des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung erhältlich.

5. UNFALLVERSICHERUNG

Alle Arbeitnehmer/innen in Deutschland sind in der gesetzlichen **Unfallversicherung** pflichtversichert. Eine besondere Anmeldung ist hierzu nicht erforderlich. Die Versicherung ist für die Sie beitragsfrei; Beiträge werden allein vom Arbeitgeber gezahlt.

Die Unfallversicherung dient der Prävention sowie dem Schutz vor den Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Ihre Leistungen umfassen insbesondere:

- Heilbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation),
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (soziale Rehabilitation),
- Lohnersatz während der Arbeitsunfähigkeit und
- Renten an Verletzte und Hinterbliebene.

Bei einem **Arbeitsunfall** erfolgt eine Unfallmeldung durch Ihren Arbeitgeber, bei Verdacht einer Berufskrankheit erfolgt eine Anzeige durch Ihren Arzt. Die Unfallversicherung prüft dann automatisch Ihre Ansprüche. Ein Antrag oder eine Meldung durch Sie ist nicht erforderlich.

6. VORSORGEVOLLMACHT

In Zeiten von Arbeitnehmerfreizügigkeit und zunehmender Arbeitsmigration leben immer mehr Menschen in länderübergreifenden Familienverhältnissen. Das führt zu einer Reihe rechtlicher Probleme. Ein Beispiel dafür sind sogenannte **Vorsorgevollmachten**, in denen ältere Menschen ihren Angehörigen eine Vollmacht für bestimmte rechtliche Verfügungen erteilen.

Jedoch können Probleme bei der länderübergreifenden Anerkennung dieser Vollmachten entstehen. Die nationalen Rechtsordnungen stellen sehr unterschiedliche Anforderungen an Form und Inhalt von Vorsorgevollmachten. Zu beachten ist, welche rechtlichen Anforderungen einzuhalten sind, wenn eine Vorsorgevollmacht länderübergreifend verwendet werden soll.

In Deutschland können sie mit der Vorsorgevollmacht einer anderen Person das Recht einräumen, in Ihrem Namen stellvertretend zu handeln. Die Vorsorgevollmacht kann sich auf die Wahrnehmung bestimmter einzelner oder aber auch aller Angelegenheiten beziehen. Sie können vereinbaren, dass von der Vorsorgevollmacht erst Gebrauch gemacht werden darf, wenn Sie selbst nicht mehr in der Lage sind, über ihre Angelegenheiten zu entscheiden.

In der Broschüre „**Betreuungsrecht**“ (in leichter Sprache) können Sie sich im Kapitel „Vorsorgevollmacht“ hierzu näher informieren.

Mit dem Formular **Vorsorgevollmacht** (herausgegeben vom Ministerium für Justiz und Gleichstellung Sachsen-Anhalt) haben Sie die Möglichkeit, ein Musterformular für eine Vorsorgevollmacht aufzurufen, welches Sie Ihren persönlichen Bedürfnissen anpassen können.



ANLAUFSTELLEN UND BERATUNG VOR ORT



Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderinnen und Zuwanderer (MBE)

Jugendmigrationsdienste (JMD)

INFORMATIONSMATERIALIEN UND -PORALE



Gesundheitsversorgung für EU-Bürger*innen

Willkommen in Deutschland

Wissen ist Schutz! Was Sie wissen sollten, um in Deutschland erfolgreich zu arbeiten

Ratgeber Krankenversicherung

Betreuung und Vorsorge – das geht jeden etwas an!

Ausgeschlossen oder privilegiert? Zur aufenthalts- und sozialrechtlichen Situation von Unionsbürger*innen und ihren Familienangehörigen