

# Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

Informationen über rechtliche Rahmenbestimmungen und Gestaltungsmöglichkeiten  
des Krankenversicherungsschutzes für im Ausland tätige Deutsche.

## Ländermerkblatt Bulgarien



Stand 09/2004

*German Healthcare Portal*

*for Expatriates*

## Deutsche Expatriates in Bulgarien

Ein längerfristiger Auslandsaufenthalt in Bulgarien beinhaltet für jeden Berufstätigen eine Veränderung, die nicht nur einen personenbezogenen Wandel mit sich bringt, sondern auch zwangsläufig ein neues versicherungstechnisches Umfeld schafft.

Bulgarien hat kulturbedingt eine vom deutschen System deutlich abweichende Krankenversorgung. Diese macht es erforderlich, einen adäquaten Versicherungsschutz zu finden.

Das German Healthcare Portal möchte Ihnen eine Lösung für ein umfangreiches Krankenversorgungskonzept anbieten, ganz gleich, ob sie Ihren eigenen Versicherungsschutz konzipieren oder in der Fürsorge als Unternehmen, Ihren Expatriates einen ausreichenden Krankenschutz gewährleisten wollen.

Wenn eine Entsendung nach Bulgarien in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit bulgarisches Sozialversicherungsrecht bei einem Arbeitnehmer oder Selbständigen greift.

Grundsätzlich gilt in der Krankenversorgung das Territorialprinzip. Das bedeutet, dass sich die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen nach den Gesetzen des Staates richten, in dem der Arbeitnehmer beschäftigt ist. Dabei entscheidet jeder Staat mit seinem eigenen Sozialversicherungssystem für sich, inwieweit sich ausländische Arbeitnehmer diesem System anschließen müssen.

In vielen Fällen werden diese Punkte im Rahmen eines Sozialversicherungsabkommen zwischen den Staaten geregelt. Für die Staaten der Bundesrepublik und Bulgarien existiert ein solches Abkommen jedoch nicht.

Es konnte in der Vergangenheit vorkommen, dass Beschäftigte in beiden Ländern zwangsversichert waren, da selbst nur kurzzeitig entsandte Arbeitnehmer dazu gezwungen waren, im jeweiligen Beschäftigungsland Mitglied der Sozialversicherung zu werden, gleichzeitig jedoch auch ihre Leistungspflicht in der deutschen Sozialversicherung behalten mussten, um späteren Nachteilen vorzubeugen. Wir sprechen in diesem Falle von einer „Doppelversicherung“.



## Rechtliche Rahmenbestimmungen

Grundsätzlich wird bulgarisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Arbeitnehmer in Bulgarien seine Tätigkeit ausübt. Dies gilt unabhängig davon, in welchem Staat der Wohnort des Beschäftigten gemeldet ist, auch ist der Standort des Arbeitgebers nicht ausschlaggebend für diese Kategorisierung. Gilt bulgarisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Bulgarien besitzt. Das undurchsichtige Finanzierungs- und Leistungssystem in Bulgarien erschwert die Suche nach der geeigneten Krankenversorgung. Unseren Erfahrungen nach möchten 80% der Expatriates lieber über das deutsche Krankenversicherungssystem versichert bleiben.

Darüber hinaus gibt es eine Form eines Beschäftigungsverhältnisses, bei dem deutsches Recht angewendet wird. Grundlage hierfür ist der § 4 SGB IV:

### § 4 SGB IV – Ausstrahlung

(1) Soweit die Vorschriften über die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung eine Beschäftigung voraussetzen, gelten sie auch für Personen, die im Rahmen eines im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs bestehenden Beschäftigungsverhältnisses in ein Gebiet außerhalb dieses Geltungsbereichs entsandt werden, wenn die Entsendung infolge der Eigenart der Beschäftigung oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist.

(2) Für Personen, die eine selbständige Tätigkeit ausüben, gilt Absatz 1 entsprechend.

Wir sprechen bei dieser Form von einer „Entsendung“ im Sinne einer „Ausstrahlung“ des Arbeitnehmers nach Bulgarien. Unter Entsendung versteht man den Fall, in dem sich der Arbeitnehmer auf Weisung seines inländischen Arbeitgebers ins Ausland begibt, um dort für ihn tätig zu werden. Insbesondere muss das Weisungsrecht des inländischen Arbeitgebers bestehen bleiben, auch wenn dies in der Praxis nur bedingt umzusetzen ist. Jegliche Geschäftsreisen bzw. Dienstreisen gelten als Entsendungen. Voraussetzung ist, dass betroffene Arbeitnehmer zuvor entweder in Deutschland beschäftigt waren oder zumindest hierzulande ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt hatten.

## Entsendung

Ob es sich um eine Entsendung handelt oder um einen klassischen Auslandsaufenthalt, ist anhand des Arbeitsvertrages und anhand der rechtlichen Kennzeichen der Beschäftigung im Ausland im Einzelfall zu prüfen. Damit es sich im Sinne des SGB um eine Ausstrahlung ins Ausland handelt, müssen in jedem Fall drei Voraussetzungen erfüllt sein:

Es muss sich gemäß § 7 SGB IV um ein Beschäftigungsverhältnis in der Bundesrepublik Deutschland handeln.

Es erfolgt im Rahmen dieser inländischen Beschäftigung eine Entsendung ins Ausland.

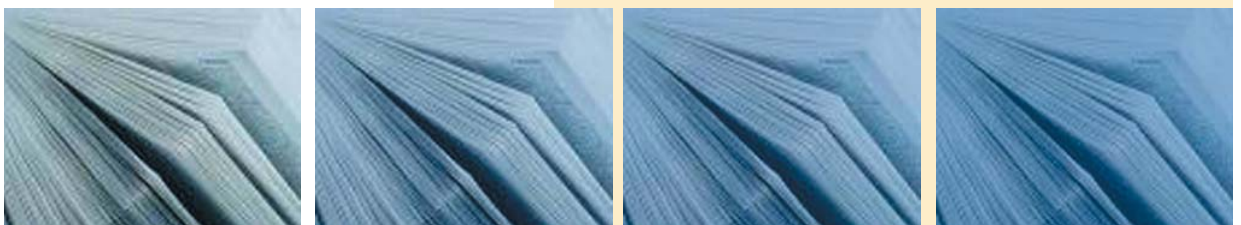
Der Zeitraum für diese Entsendung ist im vornherein zeitlich begrenzt, stets mit der Zielsetzung, dass der Entsandte anschließend wieder in die Bundesrepublik zurückkehrt und unter Aufrechterhaltung der Maßgabe, dass er auch während seines Aufenthaltes im Ausland weiter in seinem deutschen Betrieb integriert bleibt.

Um eine Entsendung handelt es sich auch dann, wenn

- ein Arbeitnehmer von seinem Arbeitgeber vom Inland ins Ausland verliehen wird, insofern eine entsprechende Verleiherlaubnis nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) besteht
- ein Arbeitnehmer zu einer ausländischen Tochtergesellschaft entsandt wird, insofern er weiter im deutschen Unternehmen als integriert verbleibt und das bisherige inländische Arbeitsverhältnis nicht in den Hintergrund tritt
- ein Arbeitnehmer in eine Repräsentanz im Ausland entsandt wird.

Wir haben bewusst darauf verzichtet, die sozialversicherungsrechtlichen Fallvarianten in der Entsendungslinie im Detail aufzunehmen. Auskünfte erteilt hier die „Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland“ in Bonn ([www.dvka.de](http://www.dvka.de)) oder die Berufsgenossenschaften.

[www.germanhealthcare.org](http://www.germanhealthcare.org)



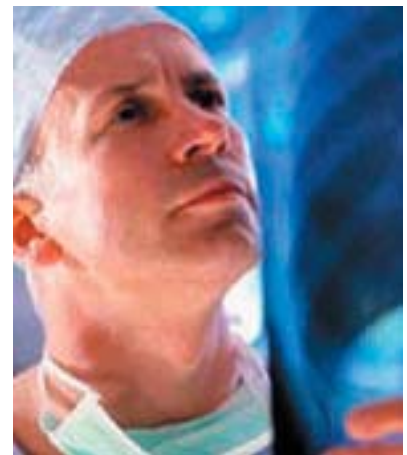
## Die bulgarische Krankenversorgung

Seit Einführung der Reformen in den 90er Jahren erfuhr das bis dahin stark zentralistisch ausgerichtete Gesundheitssystem eine gewisse Dezentralisierung. Seit 1991 fand eine umfassende Privatisierung des Pharmasektors statt; mit der Zulassung privater Praxen ging ein bedeutender Anstieg der Anzahl privater Ärzte und Zahnärzte einher. 1995 wurde die Mehrzahl der Gesundheitseinrichtungen an lokal gewählte, selbstverwaltende Regierungen übertragen. Gleichzeitig wurde die Verwaltung des Gesundheitsministeriums auf 28 regionale Gesundheitszentren verteilt. Das Gesundheitsministerium ist für die Gesundheitspolitik und Gesetzesvorlagen in diesem Bereich zuständig.

Der „Höhere Medizinische Rat“ ist für das Gesundheitsministerium in Sachen Gesundheitspolitik und medizinischer Ausbildung wie auch bei Lizenzierung privater Gesundheitseinrichtungen beratend tätig. Dem Gesundheitsministerium obliegt allerdings die Gesamtkontrolle des Gesundheitssystems. Es leitet die Gesundheitseinrichtungen auf nationaler Ebene (einschl. tertiärer Einrichtungen, des nationalen Notdienstzentrums und Uni-Kliniken) und verwaltet andere Leistungen über seine Regionalzentren, wie z.B. die Ernennung der Direktoren von städtischen Gesundheitseinrichtungen. Die 262 Gemeinden sind für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in eigenen Polikliniken und Krankenhäusern sowie bestimmten spezialisierten regionalen Dispensarien verantwortlich. Seit 1991 sind die Gemeinden über Lokalbudgets auch in die Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen eingebunden. Nach dem Zusammenbruch des Sozialismus waren die zentral regierten und finanzierten Gesundheitssysteme nicht in der Lage, den durch die Verfassung garantierten Anspruch auf kostenlose medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Um den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle, Transparenz in der Finanzierung und eine Kostenkontrolle wiederherzustellen, wird derzeit eine nationale Krankenversicherung implementiert. Zunächst übernimmt die Krankenversicherung den Bereich der Primärversorgung, später die Krankenhausversorgung.

Die Nationale Krankenversicherung – Nacionalna Zdravnoosiguritelna Kasa (NZOK) und ihre 28 regionalen Zweige wurden Anfang 1999 gegründet. Die NZOK ist die einzige gesetzliche Krankenversicherung. Die Pflichtbeiträge werden durch die Sozialversicherung eingezogen. Die Krankenversicherung legt in Verhandlungen mit den bulgarischen Ärzte- und Zahnärzteeinigungen den Umfang der Leistungen fest, die durch die Versicherungen abgedeckt werden. Das durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckte Leistungspaket beruht auf Leistungen der Grundversorgung, die durch das Gesundheitsministerium festgelegt werden.



# German Healthcare Portal for Expatriates

Der nationale Rahmenvertrag spezifiziert jährlich das Leistungspaket und die Preise der Leistungen, die durch das NZOK an die Gesundheitsversorger gezahlt werden. Der nationale Rahmenvertrag muss auch vom Gesundheitsminister unterzeichnet werden. Im Moment ist das bulgarische Gesundheitswesen noch in weiten Teilen öffentlich ausgerichtet, mit Ausnahme einer kleinen Zahl (zumeist ambulanter) privat praktizierender Ärzte. 155 private Gesundheitseinrichtungen (einschl. 16 Krankenhäuser, 87 Polikliniken und 16 Laboratorien) wurden bis Ende 1998 geschaffen. Im Allgemeinen sind privat praktizierende Ärzte im öffentlichen dienst angestellt und benutzen im Rahmen ihrer Tätigkeit öffentliche Einrichtungen des Staates. Private Gesundheitsleistungen und die meisten Medikamente werden von den Patienten aus eigener Tasche bezahlt.



Darüber hinaus sind seit 1997 Zuzahlungen für ärztliche Leistungen gesetzlich verankert. Im Falle von Überweisungen sind die Leistungen zuzahlungsfrei. Wählt der Patient jedoch den Leistungserbringer selbst, muss er aus eigener Tasche bezahlen. 1999 wurde vom Gesundheitsministerium ein einheitlicher Zuzahlungstarif für medizinische Leistungen, die ohne vorherige Überweisung durch den Hausarzt erfolgten, erstellt. Derartige Ausgaben sind nicht steuerlich abzugsfähig. Freiwillige Krankenversicherungsanbieter sind bisher nicht zugelassen. Nach dem Gesetz können sie jedoch eigene Krankenhäuser und Apotheken besitzen. Private Versicherer beabsichtigen, eine Zusatzversicherung für die Leistungen der Grundversorgung hinaus zur Verfügung zu stellen sowie über die Versorgung von Grundleistungen zu verhandeln.

## Leistungen

### Stationäre Versorgung:

In Bulgarien wird die stationäre Versorgung auf drei verschiedenen Ebenen erbracht: der nationalen (in den Kliniken der fünf medizinischen Universitäten, 12 Universitätskliniken, nationalen spezialisierten Heil- und Forschungszentren, wo beinahe 15% der Gesamtbettenzahl konzentriert sind); der regionalen Ebene (28 regionalen Krankenhäuser, die 32% der Gesamtbettenzahl darstellen und Fachkliniken mit einem Anteil von 16% der Bettenzahl) sowie die Gemeindeebene mit Krankenhäusern (26% der Bettenkapazität). Die öffentliche Finanzierung des stationären Sektors (in jeweiligen Preisen) sank zwischen 1995 und 1997 um 12%, umfasste dabei aber immer noch mehr als die Hälfte der Staatsausgaben für die Gesundheitsversorgung. Um das Kernproblem des Sektors anzugehen (Überangebot an Betten, ineffiziente Leistungserbringung, schlechte ärztliche Bedingungen, fehlende Finanzierung und Grundversorgung), wurde 1997 mit der Schließung von Krankenhäusern begonnen. Die Krankenhäuser werden nach einem historisch festgesetzten Budget vergütet, wobei finanzielle Mittel nicht über Budgetgrenzen hinweg verschoben werden können (wie z.B. für Gehälter, Arzneimittel, Verpflegung etc.). Für die Zukunft ist die Einführung eines nationalen Rahmenvertrages und eines Vergütungssystems ähnlich den DRGs innerhalb des Krankenversicherungssystems geplant.

### Ambulante Versorgung

In Bulgarien ist die Zahl der Arztkontakte pro Kopf stabil und mit 5,9 in den Jahren 1996 – 1997 eine der niedrigsten Werte der MOEL. Die Primärversorgung und fachärztliche ambulante Versorgung werden in den Polikliniken der Distrikte und denen mit Anbindung an Krankenhäuser bereitgestellt. Die Implementierung der nationalen Krankenversicherung begann 1999. Das erste Prozesstadium ist die Transformation der Polikliniken in sogenannte Allgemeinpraxen oder in Diagnose- und Beratungszentren; hier teilen sich Allgemeinärzte, Primärfachärzte und Laborärzte die gleichen Räumlichkeiten und haben einen gemeinsamen Vertrag mit dem NZOK. Für das Jahr 2000 unterzeichneten ungefähr 5.300 Allgemeinärzte einen Vertrag mit dem NZOK. Allgemeinärzte können sich in Polikliniken einmieten, oder sie stehen der Bevölkerung als Diagnosezentren zur Verfügung, in Übereinstimmung mit dem nationalen Rahmenvertrag, unterzeichnet zwischen dem NZOK und den Ärzte- und Zahnärztereinigungen. Die Vergütung der Allgemeinärzte basiert auf dem Kopfpauschalprinzip mit Bonusprämien für ungünstige natürliche Voraussetzungen, wie Altersstruktur der Bevölkerung, etc. Die Bezahlung der Diagnosezentren basiert auf Einzelleistungen und Kopfpauschalen (für Allgemeinärzte). Der Allgemeinarzt fungiert als Gatekeeper, der Facharztbesuch ist ohne eine Überweisung nicht möglich. Wegen Kostendämpfungspolitik des NZOK ist die Zahl der Überweisungen jedoch eingeschränkt. Darüber hinaus ist das Parallelsystem von Politiken und Primärversorgungseinrichtungen an andere Ministerien und Institutionen (z.B. Verteidigungsministerium, Innenministerium, Ministerium für Transportwesen) angeschlossen. Für künftige Reformen sind daher die Überlappung in der Leistungserbringung und eine Überspezialisierung des ambulanten Sektors große Herausforderungen. Die Gesamtausgaben für ambulante Versorgungseinrichtungen stiegen von 1995 – 1998 um 34 – 37 % der gesamten Staatsausgaben für die Gesundheitsversorgung und erreichten 1998 28,6 Euro pro Kopf.

# German Healthcare Portal for Expatriates

Die der NOZK abgedeckten Ausgaben für die ambulante Gesundheitsversorgung, einschließlich der Leistungen für Allgemeinärzte, Arzneimittel, fachärztliche Leistungen und ambulante zahnärztliche Leistungen belaufen sich 1999 auf 187 Mio. BGL (ungefähr 96 Mio. Euro). Die Gehälter der bei den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen angestellten Ärzte werden noch immer durch nationale Tarifverhandlungen für jeden Sektor festgesetzt. Bezirksärzte verfügen gewöhnlich nicht über eine besondere allgemeinärztliche Ausbildung. Aufgrund des Ziels das Primärversorgungssystem in Richtung eines Hausarztssystems zu reformierten, wurde 1998 die Ausbildung von Allgemeinärzten eingeführt. Die ersten geschulten Allgemeinärzte sind ab dem Jahr 2000 eingesetzt. Der gewählten Allgemein- und Zahnarzt kann alle sechs Monate gewechselt werden.

## **Zahnärztliche Versorgung**

Zahnärztliche Leistungen werden auf nationaler Ebene von zahnärztlichen Praxen der Fakultät für Stomatologie, von 98 zahnärztlichen Polikliniken auf regionaler Ebene und von zahnärztlichen Chirurgen in Gemeindekrankenhäusern und in städtischen Gesundheitszentren bereitgestellt. Die Zahl der Zahnärzte sank leicht zwischen 1993 – 1997, doch das Verhältnis der Zahnarztzahlen pro 1000 Einwohner (0,63) lag 1997 noch immer auf Rang zwei bis drei unter den MOEL (0,63). Die Zahl der privaten praktizierenden Zahnärzte nahm zwischen 1992 – 1997 um 40 % zu und stieg im Jahre 1997 auf 3684. Im Gegensatz zu Ärzten gibt es für die Mehrheit der privaten praktizierenden Zahnärzte keine Teilung zwischen öffentlicher und privater Beschäftigung. In öffentlichen Primärversorgungssystemen suchen Patienten einen Zahnarzt nach ihrer Wahl auf. Das Leistungspaket, das durch die Krankenversicherung für Zahnheilkunde abgedeckt wird, ist jedoch sehr begrenzt. Im Jahre 1999 unterzeichneten 4.300 Zahnärzte einen Vertrag mit der NZOK. Die große Mehrheit zahnärztlicher Praxen sind Privatpraxen, und die Patienten zahlen für die zahnärztliche Versorgung selbst. Die privaten Ausgaben für diese Leistungen stellen schätzungsweise den zweitgrößten Anteil an den privaten Gesundheitsausgaben dar.

## **Arzneimittel**

Das nach der Gesetzgebung von 1995 dem Gesundheitsministerium unterstellte Nationale Arzneimittelinstitut ist für die Registrierung, Kontrollen und Lizenzerteilung des Handels zuständig. Das Gesundheitsministerium erstellt zusammen mit der NZOK eine Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel und ihre Festbeträge. Anstelle des einzigen staatlichen Pharmaunternehmens, welcher früher alle Aufgaben der Versorgung mit Arzneimitteln wahrnahm, sind heute 28 staatliche Pharmaunternehmen (von denen einige derzeit privatisiert werden) mit der Produktion und Distribution von Arzneimitteln beschäftigt. 1999 gab es in Bulgarien 78 einheimische pharmazeutische Hersteller. Etwa 300 private Importeure und pharmazeutische Großhändler waren 1997 in Bulgarien registriert. Die Anzahl der staatlichen Apotheken sank von 1220 im Jahre 1991 auf 804 im Jahre 1997, wohingegen hier 1662 private Apotheken registriert waren. Auch die Zahl der Apotheker war rückläufig. Die Kosten für Arzneimittel stiegen dramatisch an, was vor allem auf den zunehmenden Import relativ teurer ausländischer Medikamente und den Preisanstieg bei der einheimischen Produktion zurückzuführen ist. Der Verbrauch von in Bulgarien hergestellten Pharmaka fiel gerechnet am Gesamtverbrauch innerhalb von 10 Jahren von 90 % im Jahre 1987 auf 60 %. 1997 stieg der Import von Pharmaprodukten auf 26 Mio. Euro, während der Anteil des Verkaufs einheimischer Produkte zu Herstellerpreisen bei 59 Mio. Euro lag (es sind nur Produktionskosten berücksichtigt). Die öffentlichen Ausgaben für Arzneimittel beliefen sich im Jahre 1997 nach Schätzungen auf 51 Mio. Euro. Im Krankenhaus verwendete Arzneimittel und einige für ambulante Behandlungen verordnete Arzneimittel werden öffentlich finanziert. Private Ausgaben für Arzneimittel sind nicht erfasst; da sie den Umfragen zufolge aber einen Großteil der Selbstbeteiligungszuzahlungen ausmacht, dürfte ihr Anteil signifikant sein.

## Finanzierung

Bis 1999 wurde das Gesundheitssystem über allgemeine Steuern aus dem Staatsbudget und den Gemeindebudgets finanziert – abgesehen von den Zuzahlungen durch die privaten Haushalte. Die privaten Zahlungen haben etwa einen Anteil von 20% an den Einnahmen für die Gesundheitsversorgung. Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP fiel von 5,4% im Jahre 1991 auf 3,4% im Jahre 1998. 1998 machte die Gesundheitsversorgung 11 % der gesamten Staatsausgaben aus. 1998 stammten etwa 55 % der öffentlichen Finanzierung aus den Budgets der Gemeinden und 45 % aus dem Staatsbudget. Die Gemeinden erhöhen ihre Einnahmen durch Gemeindesteuern, die Zentralregierung weist auf Gemeindeebene Subventionen zu, wobei jene für die Gesundheitsversorgung stetig abnehmen. Die Höhe der Subventionen richtet sich nach bestimmten Kriterien, wie z. B. dem lokalen Einkommen, der Bevölkerungszahl und nach dem Umfang der Investitionen in die Gesundheitsversorgung. Im Durchschnitt wenden Gemeinden etwa 33 % ihres Budgets für den Gesundheitssektor auf. Zum Aufbau der Krankenversicherung werden die Beiträge in einer Höhe von 6% der Gehaltssumme (zu gleichen Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteilen) eingezogen. Mit dem Beginn des Jahres 2000 änderte sich das Verhältnis auf 80:20 zu Lasten der Arbeitgeber. Das Verhältnis von 50:50 soll aber in den nächsten Jahren wieder schrittweise hergestellt werden. Durch das geringe Wirtschaftswachstum, die steigende Arbeitslosigkeit wie auch die allgemein geringe Steuermoral gelingt es nicht, mehr Finanzierungsmittel für die Gesundheitsversorgung zu gewinnen.



## Das deutsche Krankenversicherungssystem

Betrachten wir das deutsche Gesundheitswesen, so dominieren zwei Träger: die gesetzliche (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV). Eine Besonderheit unseres

Gesundheitswesens ist, dass die PKV neben der GKV als eine substitutive Einrichtung existiert. Grundsätzlich haben Bundesbürger die Wahl zwischen den Systemen. Allerdings schränkt das Sozialgesetzbuch einige Gruppen in ihrer Wahlfreiheit, ob sie gesetzlich oder privat versichert sein wollen, ein. Die im § 6 SGB V definierten Gruppen wie Beamte, Selbstständige und Angestellte mit einem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (derzeit 46.350 Euro) haben das Wahlrecht zwischen den Institutionen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Alle übrigen Bundesbürger sind in den gesetzlichen Kassen pflichtversichert. Erfahrungsgemäß gehören die Expatriates zu der Einkommensklasse der freiwillig Versicherten. Im Folgenden werden beide Systeme in ihrer Besonderheit der Leistung und Rechnungserstattung für die Region Bulgarien dargestellt.



## Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Bulgarien

Für den Fall, dass der Expatriate in der GKV zwangsversichert ist oder sich als freiwilliges Mitglied ausdrücklich für den Krankenversicherungsschutz in der GKV entschieden hat, besteht in Bulgarien eingeschränkter Krankenversicherungsschutz.

Das Sozialgesetzbuch fordert, dass der entsandte Arbeitnehmer während seines Auslandsaufenthaltes in der Form versichert bleibt, in der er bereits vor seiner Entsendung in Deutschland versichert war. In diesem Fall sind weiterhin die Beiträge der Krankenversicherung vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer gleichenteils zu zahlen. Demnach bleibt er auch während der Entsendung im Rahmen der Leistungen des SGB V in seiner Krankenkasse versichert.



Familienmitglieder, die nach § 10 SGB V in der Familienversicherung mitversichert sind, genießen den gleichen Krankenversicherungsschutz im Ausland. Problematisch ist in diesem Zuge die Abwicklung der Leistungen, da in Bulgarien das Sachleistungsprinzip nicht wie im deutschen System gilt, und da die deutschen Krankenkassen mit Leistungsträgern in Bulgarien nicht vertraglich kooperieren.

Mit Hilfe des § 17 SGB V wurde diese Gesetzeslücke geschlossen. Dort heißt es:

(1) Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber.

Satz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.

(2) Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Inland entstanden wären.

Durch dieses Gesetz verpflichtet sich der Arbeitgeber dazu, die im Ausland entstehenden Arztrechnungen für den Beschäftigten in voller Höhe vorzufinanzieren. Danach kann das Unternehmen diese Rechnungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung, in der der Angestellte versichert ist, einreichen.

Leider birgt dieses Abrechnungsmodell eklatante Schwächen für die Akteure, da die gesetzliche Krankenversicherung nicht alle Leistungen vollständig anerkennt.

Zum einen werden die Differenzbeträge zwischen realen Kosten im Ausland und den tatsächlich erstatteten Beträgen durch die gesetzliche Krankenversicherung auf den Arbeitnehmer umgelegt, zum anderen sind nicht alle Leistungsbereiche im SGB geregelt. Kosten der Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschutz unterliegen §§ 195 bis 200g der Reichsversicherungsordnung (RVO) und werden von keinem Träger finanziert.

Diese Kosten kann der Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer in Rechnung stellen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese Kostenbelastung mit entsprechenden Versicherungsprodukten abzudecken.

Auch birgt dieses Abrechnungssystem datenschutztechnische Tücken. Voraussetzung für die Kostenerstattung bei den entsprechenden Krankenkassen sind detaillierte Rechnungen, die im Vorwege dem Arbeitgeber für die Vorfinanzierung an die Hand gegeben werden. Parallel hat aber der Arbeitgeber kein Recht, im Sinne des Datenschutzes diese Rechnungen, die Auskunft über Art der Erkrankungen erteilt, einzusehen.

Aus diesen Gründen ist es sinnvoll, bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV die Private Vollversicherung als ernstzunehmende Alternative zu diskutieren.

## Abrechnungsmodell



## Leistungen der privaten Krankenversicherung im Ausland

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Leistungen bei der privaten Krankenversicherung individuell von Versicherungsgesellschaft und Versicherungstarif abhängig. Aus diesem Grunde kann man nicht wie bei der Gesetzlichen von einem einheitlichen Leistungskatalog sprechen.

Insbesondere hier zeichnet sich die Private jedoch dadurch aus, dass der Versicherte bei Antragstellung seinen Versicherungsschutz auch darüber hinaus im Rahmen der Tarife frei wählen kann. Deshalb kann die private Krankenversicherungswirtschaft flexibel auf die Bedürfnisse der Expatriates reagieren und entsprechende Tarife entwickeln. Grundsätzlich gelten zur Definition der Basisleistung für alle Versicherungsgesellschaften jedoch die gleichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Jede Versicherung kann darüber hinaus Abweichungen, welche die AVB nicht niedriger stellen, frei gestalten. Diese individuellen Details des Leistungsanspruchs der einzelnen Tarife sind ferner in den Tarifbedingungen konkretisiert.

Grundsätzlich ist das Leistungsversprechen privater Krankenversicherer höher. Eine Auflistung der Leistungsunterschiede beider Systeme im Detail würde den Rahmen dieser Broschüre allerdings sprengen.

Zu den Highlights der PKV gehören:

- die freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses auch im Ausland, der Status des Privatpatienten bei Ärzten und in Krankenhäusern (optimale Behandlung, da keine Restriktionen durch Budgets),
- Erstattung der Kosten für Zahnersatz von mindestens 60 Prozent (je nach Tarifwahl bis auf 100 Prozent steigerbar), je nach Tarif Einbettzimmer und Chefarztbehandlung, je nach Tarif Erstattung auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte,
- je nach Tarif Erstattung der Kosten für Heilpraktiker-Behandlung und Psychotherapie, Krankenversicherungsschutz außerhalb des Heimatlandes, höhere Erstattungssätze bei Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Brillen.

Für den im Ausland beschäftigten Angestellten ist vor allem der Geltungsbereich der PKV relevant. In den AVB § 1 Abs. 4 heißt es:

AVB § 1 Abs. 4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Einige deutsche Krankenversicherer bieten überdies Krankenversicherungsschutz ohne Limitierung in der Dauer des Aufenthalts, so dass diese Tarife eine interessante Alternative für alle im Ausland arbeitenden Deutschen sind. Das German-Healthcare-Portal kooperiert nur mit den Gesellschaften, die nicht nur einen vorübergehenden Aufenthalt abdecken, sondern auch Tarife bereitstellen, die auch dauerhaft Ansässige günstig versichern.



### Tipps von Experten einholen!

Wann es sinnvoll sein kann, weiterhin Mitglied der gesetzlichen deutschen Krankenversicherung zu bleiben, wann eine Police für „Expatriates“ in Frage kommt oder ob ein Versicherungsschutz im Ausland die Lösung ist, erfährt man bei der Hotline des Kunden-Service-Centers vom **German-Healthcare-Portal**.

Die Spezialisten sind montags bis freitags von **9 bis 16 Uhr** (MEZ) zu erreichen. Die Beratung ist **kostenfrei**. + 49 (0) 1805726536



Bitte senden Sie mir ein konkretes Angebot zu.

Fax 0341-5614556

Firma/Einzelperson

Branche (bei Firma)

Straße

Citycode, Ort

Land

Geburtsdatum (bei Einzelperson)

Telefon

Fax

E-mail

Ansprechpartner (bei Firma)

Anzahl der Mitarbeiter (bei Firma)

Sonstiges

pkvonline.com  
Kickerlingsberg 6  
04105 Leipzig  
Tel: 01805-726536  
Fax 0341-5614556



# German Healthcare Portal for Expatriates

## **Disclaimer**

Das German-Healthcare-Portal ist eine Informationsplattform der pkvonline.com GmbH. Die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen beruhen auf öffentlich zugänglichen Quellen, die die pkvonline.com GmbH für zuverlässig hält. Die pkvonline.com GmbH kann keine Garantie für die Richtigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit der Angaben übernehmen, und keine Aussage in diesen Texten ist als solche Garantie zu verstehen. Alle Aussagen geben die aktuelle Einschätzung des Verfassers/der Verfasser wieder.

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Meinungen können sich ohne vorherige Ankündigung ändern. Die pkvonline.com GmbH übernimmt in keinster Art die Haftung für die Verwendung dieser Informationen oder deren Inhalt.

Weder diese Veröffentlichung noch ihr Inhalt noch eine Kopie dieser Veröffentlichung darf ohne die vorherige ausdrückliche Erlaubnis von der pkvonline.com GmbH auf irgendeine Weise verändert oder an Dritte verteilt oder übermittelt werden.

pkvonline.com GmbH  
Kickerlingsberg 6  
04105 Leipzig  
Tel: 01805-726536  
Fax 0341-5614556  
Email [info@germanhealthcare.org](mailto:info@germanhealthcare.org)