

# Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

## Ländermerkblatt Israel



Stand 09/2004



*German Healthcare Portal*

*for Expatriates*

## Deutsche Expatriates in Israel

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

Israel 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 Israel in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit israelisches 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. Von diesem Grundsatz gibt es Ausnahmen, die durch Sozialversicherungsabkommen zwischen den Staaten entstehen oder einfach nur in der Gesetzgebung des Beschäftigungslandes begründet sind.

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

Durch das deutsch- israelische Abkommen über Soziale Sicherheit sind die Grundsätze über die Zuständigkeiten, welches Recht anzuwenden ist, geregelt worden, um damit die Form der Doppelversicherung deutscher Beschäftigter in Israel zu vermeiden.

Grundsätzlich wird israelisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Arbeitnehmer in Israel 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 israelisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Israel besitzt. Das undurchsichtige Finanzierungs- und Leistungssystem in Israel erschwert die Suche nach der geeigneten Krankenversorgung. Unseren Erfahrungen nach möchten 80% der Expatriates lieber über das deutsche Krankenversicherungssystem versichert bleiben. Dies ist aufgrund des lückenhaften Versicherungsschutzes in Israel gut nachzuvollziehen. Man überlege sich zudem noch die Rechnungsabwicklung und Versicherungsbedingungen in israelischer Sprache.

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 Israel. 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. Das Sozialabkommen zwischen Israel und Deutschland hat im Vergleich zu anderen Abkommen keine feste zeitliche Begrenzung abgestellt. Es werden aber nur solche Fälle erfasst, in denen sich die zeitliche Begrenzung im Voraus aus dem Arbeitsvertrag oder aus dem Gegenstand der Beschäftigung ergeben.

## 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. Ein Antrag muss bei der Krankenkasse eingereicht werden, bei der der Arbeitnehmer versichert ist. Sie entscheidet darüber und stellt bei Anerkennung eine entsprechende Bescheinigung (ISR/D101) aus. 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.

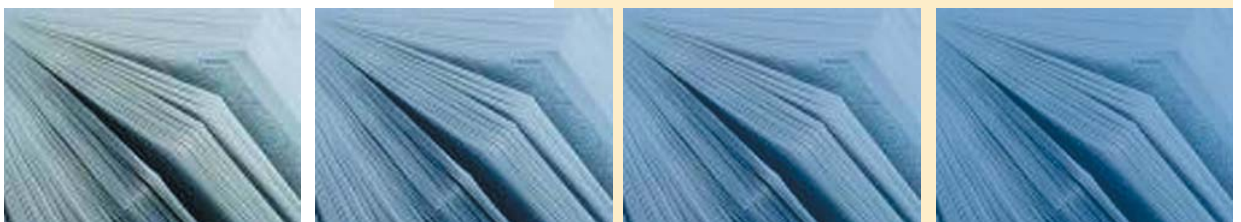
Der Zeitraum für diese Entsendung ist im vornherein zeitlich begrenzt, stets mit der Zielsetzung, dass der Entsandte anschließend wieder in die Bundesrepublik zurückkehrt und unter Aufrechterhaltung der Maßgabe, dass er auch während seines Aufenthaltes im Ausland weiter in seinem deutschen Betrieb integriert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

Im Rahmen des deutsch- israelischen Abkommens ist eine Verlängerung nur in Form einer Ausnahmeregelung möglich, die bei der „Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland“ und auf israelischer Seite durch das „National Insurance Institut, Jersusalem“ zu beantragen ist und von diesen Institutionen auch genehmigt wird.



## Die israelische Krankenversorgung

Die Absicherung des Krankheitsrisikos wird durch die vier öffentlichen, freigemeinnützigen und durch mehrere private Krankenkassen sowie durch eine staatliche Institution, das National Insurance Institute (Nationales Versicherungsinstitut), gewährleistet. Das Nationale Versicherungsinstitut ist die zentrale Institution der Staatlichen Sozialversicherung.

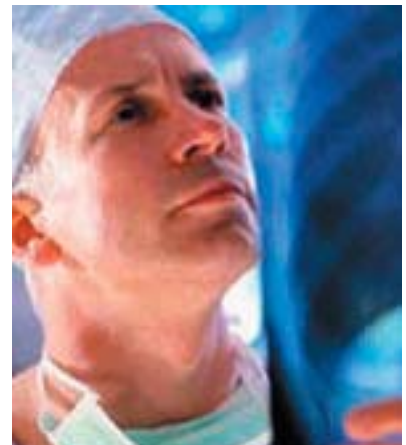
Die gesetzliche Grundlage, die die Struktur und Organisation der Sozialversicherung regelt, ist das National Insurance Law (Nationale Versicherungsgesetz). Dieses Gesetz stammt aus dem Jahr 1953 und wurde zum ersten mal 1968 überarbeitet. Am 1. Januar 1995 begann mit dem Inkrafttreten einer stark geänderten Neufassung des Nationalen Versicherungsgesetzes eine Gesundheitsreform. Obwohl es bis Ende 1994 keine gesetzliche Krankenversicherungspflicht gab, war ein Großteil der Bevölkerung freiwillig krankenversichert (1989: 96% der Bevölkerung, bei den vier öffentlichen Kassen). Kupat Cholim Klalit hatte 1989 76,1%, Makkabi 13,4%, Leumit 5,4% und Meuchedet 5,2% aller öffentlichen Krankenversicherten als Mitglieder.

Die öffentlichen Krankenkassen sichern nicht nur das Krankheitsrisiko ab, sondern sie sind, wie der Staat und die freigemeinnützigen Organisationen, auch Träger von öffentlichen medizinischen Einrichtungen. In dieser Funktion sind sie bestrebt, ihre Versicherten in allen Regionen des Landes mit medizinischen Leistungen zu versorgen. In Regionen, in denen eine Krankenkasse keine eigenen Einrichtungen betreibt, sind für die Versorgung ihrer Versicherten Kooperationsverträge mit anderen Einrichtungsträgern üblich. Der private Sektor nahm 1989 mit weniger als 4% der Versicherten einen sehr kleinen Anteil ein, der jedoch seitdem eine steigende Tendenz zeigte. In der Regel unterhalten die privaten Krankenkassen keine eigenen medizinischen Einrichtungen.

Das Nationale Versicherungsinstitut erstellte eine für alle öffentlichen Versicherungen verbindliche Einkommensskala, auf der verschiedene Einkommensgruppen definiert waren. Die Krankenkassen waren verpflichtet, sich bei der Festlegung der Höhe ihrer Versicherungsbeiträge an diese Einkommensgruppe zu halten. Der Gewerkschaftsbeitrag, der Grundlage der Versicherungsbeiträge für die KCK war, setzte sich aus mehreren Komponenten zusammen:

Der Grundbeitrag (mas achid) war für alle Versicherten gleich. Besser Verdienende mussten einen einkommensabhängigen Zusatzbetrag (marginal tax) entrichten. Familien bezahlten zusätzlich einen Familienbeitrag von 1% des Einkommens, unabhängig von der Anzahl der mitversicherten Personen (Ehepartner mit oder ohne Kinder).

Der Beitrag der Arbeitgeber für die öffentliche Krankenversicherung wurde zentral vom Nationalen Versicherungsinstitut erhoben und entsprechend der Anzahl und dem Alter der Versicherten an die einzelnen Krankenkassen ausbezahlt. Weitere Einnahmequellen für die öffentlichen Krankenkassen waren z. B. staatliche Zuschüsse und Einkünfte durch Versorgungsleistungen, die sie als Träger von medizinischen Institutionen für anderweitig Versicherte (z. B. Privatpatienten) erbrachten.



Alle öffentlichen Krankenkassen übernahmen die Kosten für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung durch Vertragsärzte in ihren eigenen oder vertraglich angegliederten Einrichtungen. Die notfallmäßige Versorgung in einer anderen Einrichtung wurde ebenfalls getragen. Im Gegensatz dazu musste die zahnmedizinische Versorgung größtenteils von den Versicherten selbst bezahlt werden, selbst wenn sie in einem versicherungseigenen Zahngesundheitszentrum behandelt wurden.

Auch die Wahl des Arztes war bei den einzelnen Versicherungen unterschiedlich geregelt. Bei allen öffentlichen Krankenkassen wurden nur die Kosten für eine Behandlung bei Vertragsärzten getragen. Zum Teil waren die Versicherten an Ärzte gebunden, die zu der von der Versicherung definierten Region gehörten, in der sich der Wohnsitz des Versicherten befand.

Der private Versicherungsmarkt war in Israel stets sehr klein. Im Jahre 1989 war der Anteil der Privatversicherten kleiner als 4 %. Bei privaten Krankenversicherungen waren hauptsächlich Selbständige versichert, da diese bei den öffentlichen Kassen relativ hohe Beiträge bezahlen. Private Krankenkassen boten ihren Versicherten einen kassenintern definierten grundlegenden Versicherungsschutz sowie diverse Zusatzversicherungen. Letztere beinhalteten z. B. die Kostenübernahme bei Transplantationen im Ausland, bei Langzeitpflege oder bei schwerer Erkrankung (Supplementary coverage for catastrophic illness). Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Alter des Versicherten und der Anzahl der mitversicherten Familienmitglieder. Sie ist bedeutend höher als bei den öffentlichen Krankenkassen. Die Kosten der medizinischen Leistungen wurden nach Diagnosegruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) bemessen. Für die Versicherten bestand die freie Wahl des behandelnden Arztes. War dieser ein Vertragsarzt der betreffenden Krankenversicherung, so wurden die Kosten direkt von ihr übernommen. Im Falle einer Konsultation eines anderen Arztes musste der Versicherte zunächst selbst für die Behandlungskosten aufkommen und bekam von seiner Versicherung einen entsprechend der Diagnosegruppe festgelegten Betrag zurückerstattet.

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Alter des Versicherten und der Anzahl der mitversicherten Familienmitglieder. Sie ist bedeutend höher als bei den öffentlichen Krankenkassen. Die Kosten der medizinischen Leistungen wurden nach Diagnosegruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) bemessen. Für die Versicherten bestand die freie Wahl des behandelnden Arztes. War dieser ein Vertragsarzt der betreffenden Krankenversicherung, so wurden die Kosten direkt von ihr übernommen. Im Falle einer Konsultation eines anderen Arztes musste der Versicherte zunächst selbst für die Behandlungskosten aufkommen und bekam von seiner Versicherung einen entsprechend der Diagnosegruppe festgelegten Betrag zurückerstattet.

Die größte private Krankenversicherung war die Schiloah-Versicherung, die im Jahre 1933 als Lebens- und Unfallversicherung gegründet worden war.

## Beiträge

Die Krankenversicherung wird durch Beiträge der Versicherten (unified tax) und der Arbeitgeber (parallel tax) finanziert.

## 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 Israel dargestellt.



## Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Israel

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 Israel eingeschränkter Krankenversicherungsschutz.

Das Sozialversicherungsabkommen 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 Israel das Sachleistungsprinzip nicht wie im deutschen System gilt, und da die deutschen Krankenkassen mit Leistungsträgern in Israel nicht vertraglich kooperieren.

Mit Hilfe des 17 § SGB V wurde diese Gesetzeslücke geschlossen.

Dort heißt es:

§ 17 Leistungen bei Beschäftigung im Ausland  
(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.

## Abrechnungsmodell

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 GKV, 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.



## 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 Krankenkversicherer 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 Krankenkversicherer 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)