

Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

Ländermerkblatt Kanada



Stand 09/2004



German Healthcare Portal

for Expatriates

Deutsche Expatriates in Kanada

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

Kanada 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 Kanada in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit kanadisches 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-kanadische Abkommen über Soziale Sicherheit vom 14.11.1985 sind die Grundsätze über die Zuständigkeiten, welches Recht anzuwenden ist, geregelt worden, um damit die Form der Doppelversicherung deutscher Beschäftigter in Kanada zu vermeiden.

Grundsätzlich wird kanadisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Arbeitnehmer in Kanada 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 kanadisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Kanada besitzt. Das undurchsichtige Finanzierungs- und Leistungssystem in Kanada 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 Kanada gut nachzuvollziehen.

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 Kanada. 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 Kanada und Deutschland limitiert die Tätigkeit im Gastgeberland in Form einer „Entsendung“ auf 60 Kalendermonate.

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.

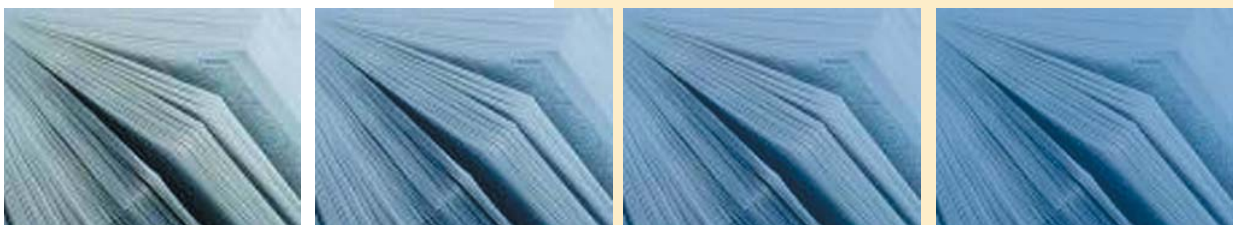
Um eine Entsendung handelt es sich auch dann, wenn

- 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).

Im Rahmen des deutsch-kanadischen Abkommens ist eine Überschreitung der 60 Monate nur in Form einer Ausnahmeregelung möglich, die bei der „Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland“ und auf kanadischer Seite durch die „Canada Customs and Revenue Agency“ (bzw. im Falle Quebecs durch die „Régie des rentes du Quebec“) zu beantragen ist und von diesen Institutionen auch genehmigt wird.

www.germanhealthcare.org



Die kanadische Krankenversorgung

Das kanadische System der Gesundheitsfürsorge wird vorwiegend öffentlich finanziert und privat durchgeführt. Am ehesten lässt es sich als ein ineinandergreifendes Zahnwerk der Gesundheitsprogramme der einzelnen kanadischen Provinzen und Territorien beschreiben, da die meisten Bereiche des Gesundheitswesens laut Verfassung auf die Provinzregierungen übertragen werden. Den Kanadiern ist das ganzheitliche Gesundheitswesen unter dem Schlagwort „Medicare“ bekannt. Sie erhalten dadurch einen umfassenden Versicherungsschutz für die medizinisch notwendige Versorgung durch Ärzte und an Krankenhäusern.

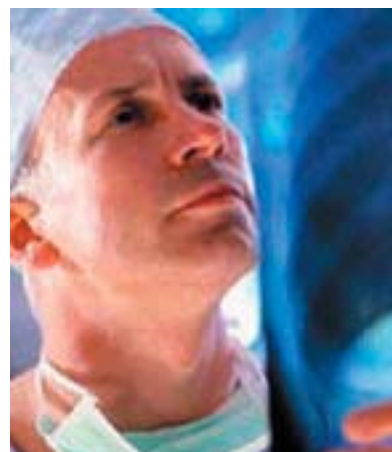
Für die Verwaltung und für die Durchführung der medizinischen Versorgungsleistungen sind die Territorien und Provinzen selbst verantwortlich. Sie planen, finanzieren und bewerten die Krankenhausleistungen, die Versorgung durch Ärzte, weiterhin einige Aspekte der Versorgung mit Arzneimitteln und des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Bundesregierung hat dabei die Aufgabe, die nationalen Normen des Systems festzulegen und zu verwalten, außerdem in Form von Steuertransfers für eine finanzielle Unterstützung der territorialen Gesundheitssysteme zu sorgen. Zusätzlich fallen die direkte medizinische Versorgung bestimmter Gruppen wie Veteranen, Ureinwohner in Reservaten, Militärpersonal und inhaftierte Personen in den Funktionsbereich des Bundes.

Für gewöhnlich sind Allgemeinmediziner die erste Anlaufstelle im Krankheitsfall. Die Hälfte aller niedergelassenen Ärzte in Kanada gehören zu dieser Kategorie. Durch die Allgemeinmediziner wird der Zugang zu den meisten Spezialisten, zu verschiedenen Heil- und Hilfsdiensten, Krankenhäusern, diagnostischen Untersuchungen und Therapien mit rezeptpflichtigen Medikamenten, kontrolliert. Die Ärzte sind nicht in ein verstaatlichtes Gesundheitswesen integriert, sondern haben in der Regel eine eigene Praxis oder sind in einer Gemeinschaftspraxis tätig.

Ein Teil von ihnen arbeitet in kommunalen Gesundheitszentren, in Gemeinschaftspraxen innerhalb von Krankenhäusern oder aber als Belegärzte von poliklinischen Abteilungen in Krankenhäusern. Einige Heilhilfsberufe sind ebenfalls in der medizinischen Grundversorgung tätig. Zahnärzte arbeiten unabhängig vom Gesundheitsfürsorgesystem, eine Ausnahme bildet dabei die stationäre Kieferchirurgie. Krankenschwestern sind im Allgemeinen im Krankenhaussektor beschäftigt, jedoch sind sie stellenweise auch auf Gemeindeebene und in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge tätig.

Die Honorierung der Ärzte in freier Praxis erfolgt in der Regel nach Einzelleistung, die Leistungsansprüche werden daraufhin direkt an die Versicherungsträger der Provinz übermittelt. Im Falle von Ärzten in einem anderen praxisbezogenen Umfeld ist es üblicher, dass sie ein Gehalt beziehen.

Allen anspruchsberechtigten Einwohnern einer Provinz wird eine Krankenversicherungskarte ausgestellt, die beim Besuch eines Arztes oder einer Klinik vorzulegen ist. Für versicherte Krankenhaus- und Arztleistungen müssen sie nicht direkt zahlen. Abzüge, Zuzahlungen oder Begrenzungen von Leistungssummen existieren nicht. Mehr als 95 % der kanadischen Krankenhäuser sind private, gemeinnützige Einrichtungen. Ihre Träger sind städtische Gemeinden, kommunale Treuhandgremien oder gemeinnützige Verbände. Sie haben selbst die Kontrolle über die laufende Zuteilung von Ressourcen, solange sie ihre festgelegten Verwaltungsbudgets nicht überschreiten. Eine Rechenschaftspflicht besteht gegenüber den Kommunen, nicht gegenüber den Provinzen.



Über die versicherten Krankenhaus- und Arztleistungen hinaus besteht für einige Personengruppen, so zum Beispiel Senioren, Kinder und Sozialhilfeempfänger, auch Versicherungsschutz für nicht im Rahmen der nationalen Krankenversicherung abgedeckte Versorgungsmaßnahmen. Dies umfasst rezeptpflichtige Arzneimittel, die zahnärztliche und augenärztliche Versorgung, Hilfsmittel zur Wahrung der Eigenständigkeit von Behinderten sowie Leistungen von Heilhilfsberufen.

Mehrleistungen werden in der Regel privat finanziert. Die Höhe des Eigenanteils hängt ab vom Einkommen oder der Zahlungsfähigkeit des Versicherten. Familien und Einzelpersonen können Privatversicherungen abschließen oder Krankenversicherungs-Gruppenpläne der Arbeitgeber nutzen, um einen Teil der Ausgaben für Mehrleistungen auszugleichen. In den meisten Provinzen sieht es die Gesetzgebung vor, dass private Krankenversicherungen keinerlei Versicherungsschutz anbieten dürfen, der bereits in der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten ist. Konkurrieren dürfen sie nur auf dem Gebiet der Ergänzungsleistungen.

Überwiegend wird die kanadische Gesundheitsfürsorge durch Steuergelder finanziert, in der Regel handelt es sich dabei um Einkommens- und Körperschaftssteuern des Bundes und der Provinzen. In mehreren Provinzen existieren ergänzende Finanzierungsquellen wie Warenumsatzsteuern, Lohnsteuern und Lotterierlöse, allerdings spielen diese bei der Finanzierung der Gesundheitsfürsorge nur eine relativ kleine Rolle. In den Provinzen Alberta und British Columbia werden Gesundheitsfürsorgebeiträge verwendet. Diese werden nicht nach dem Risiko gestaffelt, und eine Beitragsvorauszahlung ist keine Vorbedingung für die Behandlung.

Leistungen

Die bundesweiten Rahmenbedingungen sehen vor, dass alle medizinisch notwendigen Leistungen durch Krankenhaus und Arzt im Rahmen des spezifischen Medicare-Planes der einzelnen Provinzen und Territorien versichert sein müssen. Unter anderem zählen zu den versicherten Krankenhausleistungen

- die stationäre Versorgung auf der Krankenstation (inklusive Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern, insofern dies aus medizinischen Gründen notwendig ist),
- die Versorgung mit der notwendigen Medikation,
- Hilfsmittel und diagnostische Methoden, außerdem
- eine große Anzahl von Leistungen für die ambulante Behandlung von Patienten.

Ebenfalls versichert sind Leistungen für chronisch kranke Personen, allerdings können in diesen Fällen eigene Zuzahlungen für Unterbringungskosten anfallen, falls die Patienten eine mehr oder weniger permanente Unterbringung benötigen.

Durch den Bund vorgeschrieben ist, dass die einzelnen territorialen Pläne stets 100 % der versicherten Bevölkerung dazu berechtigen, die versicherten medizinischen Leistungen zu gleichen Bedingungen in Anspruch nehmen zu können. Außerdem muss ohne Einschränkungen ein angemessener Zugang zu den Krankenhaus- und Arztleistungen zu einheitlichen Bedingungen geboten werden. Das schließt ein, dass von versicherten Patienten keine Zusatzgebühren für versicherte Dienstleistungen verlangt werden dürfen. Weiterhin darf keine Diskriminierung aufgrund von Einkommen, Alter, Gesundheitszustand oder weiteren Faktoren stattfinden. Auch im Falle eines Umzuges innerhalb Kanadas in eine andere Provinz bleibt das Recht auf Versicherungsschutz bestehen.

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 Kanada dargestellt.



Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Kanada

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 Kanada 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 im der Familienversicherung mitversichert sind, genießen den gleichen Krankenversicherungsschutz im Ausland. Problematisch ist in diesem Zuge die Abwicklung der Leistungen, da in Kanada das Sachleistungsprinzip nicht wie im deutschen System gilt, und da die deutschen Krankenkassen mit Leistungsträgern in Kanada 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.

German Healthcare Portal for Expatriates

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.

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