

Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

Ländermerkblatt Luxemburg



Stand 09/2004

German Healthcare Portal
for Expatriates



Deutsche Expatriates in Luxemburg

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

Luxemburg 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 Luxemburg in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit luxemburgisches 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 Expatriate 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. Dies lag darin begründet, dass selbst nur kurzzeitig entsandte Arbeitnehmer dazu gezwungen waren, im jeweiligen Beschäftigungsland Mitglied der Sozialversicherung zu werden. Gleichzeitig mussten sie jedoch auch ihre Leistungspflicht in der deutschen Sozialversicherung behalten, um späteren Nachteilen vorzubeugen. Wir sprechen in diesem Falle von einer „Doppelversicherung“.



Rechtliche Rahmenbestimmungen

Durch das Gemeinschaftsrechtsrecht der EWG-Verordnung Nr. 1408/71 sind die Grundsätze über die Zuständigkeiten, welches Recht anzuwenden ist, geregelt worden, um damit die Form der Doppelversicherung deutscher Beschäftigter in Luxemburg zu vermeiden. Das Gemeinschaftsrecht gilt in erster Linie für Arbeitnehmer, die die Nationalität eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz besitzen.

Grundsätzlich wird luxemburgisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Expatriate in Luxemburg 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 luxemburgisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Luxemburg besitzt. Unseren Erfahrungen nach möchten 80% der Expatriates lieber über das deutsche Krankenversicherungssystem versichert bleiben. Dies ist aufgrund der Selbstbeteiligungen bei den Krankheitskosten in Luxemburg 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 Expatriates nach Luxemburg. 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 Expatriate zuvor entweder in Deutschland beschäftigt waren oder zumindest hierzulande ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt hatten. Das Gemeinschaftsrecht limitiert die Tätigkeit im Gastgeberland in Form einer „Entsendung“ auf 12 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. Kriterien hierfür enthält der Beschluss Nr. 181 der EG-Verwaltungskommission. 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.

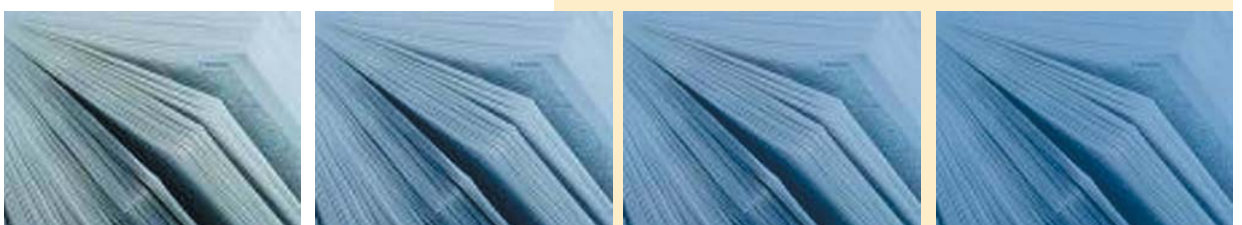
Um eine Entsendung handelt es sich auch dann, wenn

- 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 Gemeinschaftsrechts ist eine Überschreitung der 12 Monate nur in Form einer Ausnahmeregelung möglich, die bei der „Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland“ und auf luxemburgischer Seite durch das „Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale“ zu beantragen ist und von diesen Institutionen auch genehmigt wird.

www.germanhealthcare.org



Die luxemburgische Krankenversorgung

Im Großherzogtum Luxemburg werden Gesundheitsleistungen im Rahmen eines gesetzlichen Systems bewilligt, das sich auf den Mechanismus der Sozialversicherung gründet und durch ein freiwilliges, auf den Prinzipien des Genossenschaftswesens basierendes Zusatzsystem ergänzt wird.

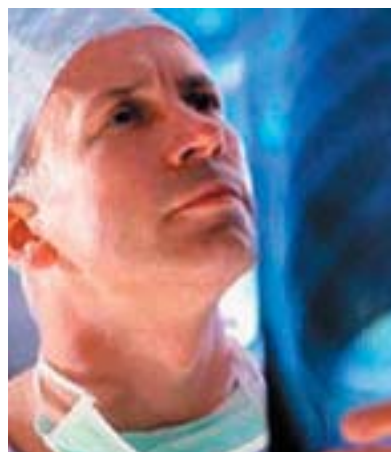
Das gesetzliche System entspricht vom Aufbau her einer sozialen Pflichtversicherung für Berufstätige. Die Versicherungspflicht erstreckt sich auch auf die Bezieher von Leistungen, die als Ersatz für entgangenes Einkommen gezahlt werden. Beiträge und Leistungen sind in den Satzungen festgelegt und unabhängig von der zuständigen Krankenkasse stets gleich.

Die Krankenkassen sind ausschließlich für die Rückerstattung der Kosten zuständig, mit denen ihre Versicherten in Vorlage gehen, während die Krankenkassenunion (Union des caisses de maladie, UCM) eine zentralisierende Funktion wahrnimmt und befugt ist, Kollektivvereinbarungen mit den Anbietern von Gesundheitsleistungen auszuhandeln. Außerdem ist sie für die Festsetzung von Beiträgen und Leistungen zuständig. Bei diesen Institutionen handelt es sich um autonome öffentliche Einrichtungen, die aber dennoch unter staatlicher Aufsicht stehen.

Alle Personen, die in Luxemburg eine abhängige oder selbstständige Tätigkeit ausüben, sind pflichtversichert. Das Versicherungsprinzip gilt in doppelter Hinsicht:

Laut Sozialversicherungsrecht ist jede berufliche Tätigkeit versicherungspflichtig. Gemäß den Regeln zur Durchführung der Sozialversicherung sind die Betroffenen bei der für ihre Berufsgruppe zuständigen Kasse pflichtversichert.

In der Krankenversicherung sind mitversichert: der Ehepartner, sowie die Kinder des Versicherten oder der Verwandte oder Verschwägerte in gerader Linie oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grad, sofern dieser ledig ist und den Haushalt des Versicherten führt.



Leistungen

Folgende Leistungen werden gewährt:

- ärztliche und zahnärztliche Versorgung;
- Behandlungen durch Angehörige der Gesundheitsberufe;
- Analysen und Laboruntersuchungen;
- Zahnersatz und orthopädische Prothesen, Orthesen und Epithesen;
- Arzneimittel und Pharmazeutika;
- Heilmittel, behandlungsbegleitende Produkte und Hilfsmittel;
- Verpflegungskosten bei stationärer Versorgung, außer bei einfacher Unterbringung;
- therapeutische und Erholungskuren;
- Reise- und Transportkosten;

Die Organisation der Gesundheitsversorgung im Rahmen der luxemburgischen Sozialversicherung entspricht einem indirekten Kostenübernahmeverfahren (im Gegensatz zu einem direkten Verfahren, bei dem der Sozialversicherungsträger die medizinischen Leistungen mit Hilfe seiner eigenen Mitarbeiter und Dienste selbst erbringt). Bei einem solchen indirekten Organisationsverfahren ist es wichtig, dass die Versicherungsträger mit der Ärzteschaft, den Gesundheitseinrichtungen und den sonstigen Anbietern von Gesundheitsleistungen Vereinbarungen treffen, in denen die Gebühren für erbrachte Leistungen festgelegt sind. Das luxemburgische Sozialversicherungssystem zeichnet sich durch zwei grundlegende Prinzipien aus:

Das Prinzip der Wahlfreiheit. Den Versicherten steht es frei, sich an den Leistungserbringer ihrer Wahl zu wenden. Des weiteren haben sie die Möglichkeit, sich im Anschluss an eine Notfallbehandlung an einen anderen Leistungserbringer bzw. Anbieter ihrer Wahl zu wenden, sofern eine weitere Behandlung notwendig ist.

Das Prinzip der allgemeinen obligatorischen Tarifbindung. Dieses System bedeutet, dass alle Erbringer von Gesundheitsleistungen zwangsläufig vertraglich gebunden und somit verpflichtet sind, sich nach den Gebührenordnungen (Nomenklaturen) und Tarifen der geltenden Gesetze, Vorschriften, Verträge und Bestimmungen zu richten.

Die in der Gebührenordnung aufgeführten ärztlichen Leistungen und Dienste werden vorbehaltlich der folgenden Ausnahmen zu 100 % erstattet:

Für Arztbesuche bei einem niedergelassenen Arzt zahlt der Versicherte eine Selbstbeteiligung, die sich auf 20 % des Mindesttarifs für einen normalen Arztbesuch beläuft. Für andere ärztliche Leistungen, insbesondere für technische Leistungen, die in der Praxis des Arztes oder ambulant im Krankenhaus erbracht werden, zahlt der Versicherte eine Selbstbeteiligung in Höhe von 5 %. Dieser Satz findet jedoch nur bis zu einem Honorar in Höhe von 130,79 € Anwendung. Übersteigen die pro Sitzung in Rechnung gestellten Arzthonorare diesen Betrag, entfällt die Selbstbeteiligung für den über diesen Betrag hinausgehenden Teil der Kosten vollständig.

Leistungen

Bei der zahnärztlichen Versorgung werden ab einem Betrag von über 30 €, die vollständig zu Lasten der Krankenversicherung gehen, die in der Gebührenordnung für Zahnärzte aufgeführten zahnmedizinischen Leistungen und Dienste unter Zugrundelegung der in der Kollektivvereinbarung vereinbarten Tarife zu 95 % erstattet.

Die in der Gebührenordnung der Masseure und Heilgymnasten (masseurs-kinésithérapeutes) aufgelisteten Leistungen und Dienste werden je nach Spezifität zu 100 % bzw. zu 80 % erstattet.

Die in der offiziellen Liste aufgeführten, erstattungsfähigen Arzneimittel werden drei verschiedenen Kategorien zugeordnet. Für jede dieser Kategorien ist ein bestimmter Erstattungssatz vorgesehen, der auf den offiziellen Verkaufspreis oder den in den Satzungen festgelegten Referenzpreis Anwendung findet.

Der Vorzugssatz von 100 % findet auf Arzneimittel mit präziser therapeutischer Indikation Anwendung, die im Allgemeinen nur einen einzigen Wirkstoff enthalten und für die Bekämpfung langfristiger Krankheiten eingesetzt werden. Der Erstattungssatz für nach Anweisung des Arztes anzufertigende Rezepturen liegt bei 80 %, sofern die Satzung der Krankenkassenunion keine abweichenden Bestimmungen enthält. Für alle sonstigen Arzneimittel, die keiner besonderen Bestimmung unterliegen, gilt der Normalsatz von 80 %. Der verminderte Satz von 40 % findet auf Arzneimittel mit begrenzterer therapeutischer Indikation Anwendung.

Für ambulante oder stationäre Behandlungen sowie Krankenhausaufenthalte in einem Zimmer der zweiten Klasse kommt die Krankenkasse zu den gemäß der Kollektivvereinbarung geltenden Modalitäten in voller Höhe auf. Ausgenommen hiervon sind die Arzthonorare. Der Patient zahlt pro Tag eine Selbstbeteiligung in Höhe von 8,86 %.

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Kosten im Allgemeinen zunächst von den Versicherten gezahlt und dann von der zuständigen Kasse zurück-erstattet. Kosten für einen Krankenhausaufenthalt in Luxemburg sowie für Arzneimittel und Laboranalysen werden jedoch direkt von der Krankenversicherung übernommen (so genanntes Sachleistungssystem).

Vorläufer der luxemburgischen Sozialversicherung ist der Verein auf Gegenseitigkeit (Mutualité), der heute nur noch eine ergänzende Funktion im Rahmen des allgemeinen Systems übernimmt. Er kommt für den Anteil der Kosten auf, die nicht von der Krankenkasse erstattet werden.

Beiträge

Die finanziellen Mittel der luxemburgischen Krankenversicherung stammen aus Beiträgen und einer finanziellen Beteiligung des Staates. Die Beiträge werden auf Löhne und Gehälter, Erwerbseinkommen und Einkommensersatzleistungen aus der Sozialversicherung erhoben. Der Staat kommt für 37 % der Beiträge auf, die für das Gesundheitswesen erhoben werden. Somit beteiligt er sich nicht direkt an den Leistungen, sondern sein finanzieller Beitrag erfolgt auf der Ebene der Einnahmen.

Obwohl es mehrere Krankenkassen gibt, zahlen alle Versicherten denselben Beitragssatz und haben dieselben Leistungsansprüche. Somit handelt es sich um eine nationale Risikogemeinschaft, die von verschiedenen Einrichtungen verwaltet wird. Bei den Arbeitnehmern verteilen sich die Beiträge zu gleichen Teilen auf den Arbeitnehmer und den Arbeitgeber. Selbstständige und freiwillig Versicherte müssen allein für ihre Beiträge aufkommen. Der aktuelle Beitragssatz zur Krankenversicherung beläuft sich auf 5,1 %.

Die Mindestbemessungsgrundlage entspricht dem sozialen Mindestlohn, die Beitragsbemessungsgrenze dem Fünffachen des sozialen Mindestlohns.

Die Übernahme der Gesundheitskosten erfolgt über einen Versicherungsmechanismus, dessen Finanzierung auf der Lastenumverteilung basiert, wobei zusätzlich eine Rücklage gebildet wird, die zwischen 10 % und 20 % der jährlichen Ausgaben variieren kann. Der Beitragssatz wird so angepasst, dass die Höhe dieser Rücklage innerhalb der genannten Grenzen bleibt. Die Beiträge der Versicherten machen 63 % der Einnahmen aus. Die restlichen 37 % werden aus dem Staatshaushalt 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 private neben der gesetzlichen Krankenversicherung 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 Liuxemburg dargestellt.



Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Luxemburg

Für den Fall, dass der Expatriate in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zwangsversichert ist oder sich als freiwilliges Mitglied ausdrücklich für den Krankenversicherungsschutz in der Gesetzlichen entschieden hat, besteht in Luxemburg eingeschränkter Krankenversicherungsschutz.

Das Gemeinschaftsrecht 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 Expatriate gleichenteils zu zahlen. Allerdings hat der Entsendete zwei Alternativen der Leistungserstattung.



1.) Der Expatriate bleibt auch während der Entsendung im Rahmen der Leistungen des SGB V in seiner Krankenkasse versichert. Das gilt auch für die Familie, denn 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 Luxemburg die deutschen Krankenkassen nicht mit den Leistungsträgern in Luxemburg 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.



Abrechnungsmodell

2.) Für Arbeitnehmer, die vorübergehend eine Beschäftigung in Luxemburg ausüben und weiterhin in Deutschland gesetzlich versichert sind gibt es eine weitere Alternative. Sie können die Sachleistungen der luxemburgischen Krankenversorgung in Anspruch nehmen. Hiefür benötigen Sie das als Anspruchbescheinigung das Formular E106, das von ihrer zuständigen Krankenkasse ausgehändigt wird. Die entsprechenden Leistungen des luxemburgischen Systems sind in diesem Merkblatt bereits dargestellt.

Allerdings ist es aufgrund der Beitragshöhe und des Leistungsspektrums sinnvoll, bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung 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 Krankenversicherer höher. Eine Auflistung der Leistungsunterschiede beider Systeme im Detail würde den Rahmen dieser Broschüre allerdings sprengen.

Zu den Highlights der privaten Krankenversicherung 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 Arzneimittel, Hilfsmittel und Brillen.

Für den im Ausland beschäftigten Angestellten ist vor allem der Geltungsbereich der privaten Krankenversicherung 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 verstärkt 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