

# Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

## Ländermerkblatt Rumänien



Stand 09/2004



*German Healthcare Portal  
for Expatriates*



## Deutsche Expatriates in Rumänien

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

Rumänien 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 Rumänien in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit rumänisches 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 Rumänien 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 rumänisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Arbeitnehmer in Rumänien 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 rumänisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Rumänien besitzt. Das undurchsichtige Finanzierungs- und Leistungssystem in Rumänien 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 Rumänien. 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 sein.

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

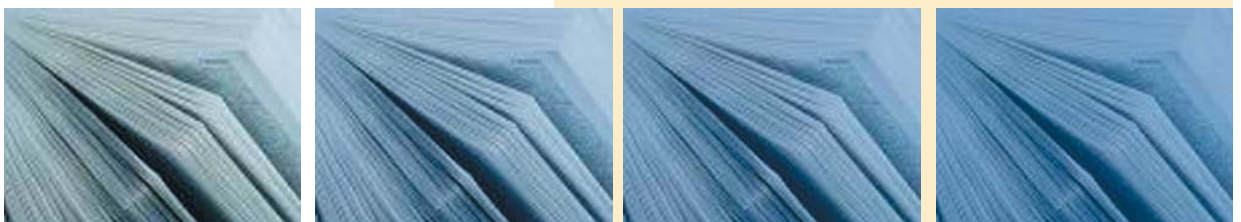
Der Zeitraum für diese Entsendung ist im vornherein zeitlich begrenzt, stets mit der Zielsetzung, dass der Entsandte anschließend wieder in die Bundesrepublik zurückkehrt und unter Aufrechterhaltung der Maßgabe, dass er auch während seines Aufenthaltes im Ausland weiter in seinem deutschen Betrieb integriert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

Bis 1997 war das Gesundheitswesen so organisiert, dass Entscheidungen zentral getroffen wurden. Das Gesundheitsministerium, das direkt und über die Gesundheitsdirektorate in den Bezirken agierte, war für einen Großteil der Entwicklung im Gesundheitswesen verantwortlich. Die Verwaltungsbasis für die Organisation des Gesundheitswesens war der Bezirk (judet). Diesem stand ein durch den Gesundheitsminister ernannter Direktor voran. Nach dem Sozialversicherungsgesetz aus dem Jahr 1997 musste dieses System hinsichtlich der Organisations- und Finanzierungsstruktur teilweise dezentralisiert werden. Ein Großteil der Finanzierung der Gesundheitsausgaben soll auf die Krankenversicherung (eine Kasse pro Bezirk) verlagert werden. Jede Krankenversicherung wird überwiegend über Beiträge finanziert, die im jeweiligen Bezirk erhoben werden. Im Gesetz sind ein hoch entwickeltes Repräsentationssystem der allgemeinen öffentlichen Einrichtungen sowie Ärztevereinigungen für die Entscheidungsfindung vorgesehen. Im Jahre 1998 begann die stufenweise Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Im selben Jahr wurde die obligatorische Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge sowie die freie Wahl des Primärarztes eingeführt, aber die Verwaltung des Systems lag immer noch beim Gesundheitsministerium und den Gesundheitsdirektoraten der Bezirke. Bis Anfang 1999 wurde das Gesundheitswesen weiterhin durch diese Direktorate finanziert. 2000 wurde die Krankenversicherung – Casa Nationala de Asiguri de Sanatate – gegründet und nahm den Betrieb auf. Der Staat wird weiter die Verantwortung für die Gesetzgebung, die Erstellung von Richtlinien und die Überwachung der Bezirke und Gemeinden in gesundheitspolitischen Fragen tragen. Das Gesundheitswesen ist größtenteils staatlich; es wird durch das Gesundheitsministerium, die 41 Bezirksdirektorate sowie das Direktorat in Bukarest koordiniert. Es besteht aus einem Netz von Krankenhäusern, Polikliniken, Dispensarien und anderen Gesundheitseinrichtungen. Eine bestimmte Anzahl von hoch spezialisierten Krankenhäusern, medizinischen Einrichtungen und Zentren sowie Fortbildungseinrichtungen für Ärzte und Krankenschwestern sind dem Gesundheitsministerium direkt unterstellt.

Daneben gibt es kleinere Netze von Gesundheitseinrichtungen, die anderen Ministerien unterstehen und die gewisse Verpflichtungen in der Erbringung von Gesundheitsleistungen haben. Nach 1990 gab es durch das Gesundheitsministerium autorisierte Privatpraxen. Bereits 1997 war der Großteil der Zahnarztpraxen und Apotheken privat. Vor kurzem wurde die Möglichkeit geschaffen, den Besitz von Gebäuden und Ausstattungen direkt vom Gesundheitsministerium auf die lokalen Behörden zu übertragen.

Seit 1998 wird der allgemeine Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung durch den nationalen Gesundheitsdienst gewährleistet. Seit 1998 wird der allgemeinen Krankenversicherungsschutz für alle Einwohner mit festem Wohnsitz durch die gesetzlich vorgeschriebene Einrichtung von Versicherungsbeiträgen an die Krankenversicherung gewährleistet. Der Sozialschutz für jede Personengruppe, die zwar beitragspflichtig sind, aber keine Beiträge entrichten, gibt Anlass zur Sorge. Fachärztliche Beratungen und Krankenhausbehandlung sind nur nach einer Überweisung durch den Allgemeinarzt kostenlos. Versicherte können zwischen Ärzten, die in der Gemeinde praktizieren, wählen, es gibt aber Einschränkungen beim Krankentransport und bei Hausbesuchen, wenn nicht der nächstgelegene Allgemeinarzt gewählt wird. Nach einer Frist von mindestens drei Monaten nach Einschreibung bei einem Allgemeinarzt kann dieser gewechselt werden.



## Stationäre Versorgung

Die Krankenhäuser werden von den Bezirksgesundheitsbehörden verwaltet und überwacht (Gesundheitsdirektorate), die auch für die Krankenhausplanung zuständig sind. Nationale Richtlinien für die Krankenhausplanung sind bisher nicht entwickelt worden. Das Gesundheitsministerium ist direkt zuständig für einige Großkrankenhäuser. Die Erstattung der Krankenhauskosten basierte bis 1999 auf einem sog. Richtlinienbudget. Das Gesetz definiert zwar die genaue Erstattungsform nicht unter der Krankenversicherung, es gibt aber Pläne, ein kombiniertes System aus Globalbudget und Fallpauschale im Rahmen einer Krankenversicherung einzuführen.

Die Qualität der Leistungen gibt es Erklärung für die Diskrepanz zwischen den durchschnittlichen Verweildauer und dem niedrigen Input-Niveau in diesem Sektor.

## Ambulante Versorgung

Rumänien war eines der wenigen MOEL, das vor 1990 über von den Polikliniken getrennte primärärztliche Praxen verfügte. In Rumänien wurde und wird die ambulante medizinische Versorgung traditionsgemäß von primären Versorgungseinrichtungen erbracht (sog. Dispensarien). Während die medizinischen Aufgaben dieser öffentlichen Einrichtungen jene von Allgemeinärzten oder kleinen primärärztlichen Gemeinschaftspraxen in Westeuropa ähneln, sind die Einrichtungen in Rumänien stark unterfinanziert und verfügen nur über eingeschränkte Entscheidungsbefugnis. Es gibt etwa 6.000 Dispensarien, die überwiegend allgemeinärztliche Einzel- oder Gruppenpraxen sind. Der Mangel an medizinischen Personal in ländlichen Gegenden wird teilweise durch medizinische Zentren, in denen qualifizierte Krankenschwestern arbeiten, ausgeglichen. Seit 1998 wird die Rolle des Primärarztes als sog. „gatekeeper“ gefördert. Die Erstattung der Dispensarien unterscheidet sich in den Distrikten.

Die Mehrzahl der Dispensarien war 1999 noch in öffentlicher Hand, aber es gibt auch einige private. Fachärzte konzentrieren sich in öffentlichen Polikliniken und ambulanten Krankenhausabteilungen. Traditionsgemäß wurden sie nach dem Richtlinienbudget bezahlt, aber innerhalb der Krankenversicherung wird sich das System hin zu einem Mischsystem zwischen Fallpauschale und Globalbudget wandeln.

## Leistungen

### Zahnärztliche Versorgung

1997 gab es 5300 Zahnärzte in Rumänien oder 0,24 pro 1.000 Einwohner. Damit liegt die Zahl um das Zweifache niedriger als im MOEL-Durchschnitt (0,46) und noch niedriger im Vergleich zum EU-Durchschnitt (0,60). Seit 1993 nimmt die Zahnärztdichte in Rumänien jährlich um 4 % ab im Gegensatz zu einer moderaten jährlichen Zunahme von 0,8 % in den anderen MOEL. Wahrscheinlich ist diese Abnahme teilweise auf die Unfähigkeit der nationalen Statistiken zurückzuführen, alle privaten Praxen in Rumänien mit einzurechnen. Mit dem Krankenversicherungsgesetz vom 1. Juli 1997, das die vormals staatlich geführten medizinische Versorgung durch ein freies System ersetzte, wurde auch die zahnmedizinische Versorgung, die bis dahin staatlichen Kliniken und Polikliniken vorbehalten war, vollkommen liberalisiert.

Das zahnärztliche Versorgungssystem unterscheidet zwischen Grund- und Wahlleistungen. Das Grundversorgungspaket soll ein Minimum zahnärztlicher Leistungen beinhalten, die vom Krankenversicherungssystem abgedeckt werden. Alle anderen Leistungen werden nicht von der Krankenversicherung bezahlt und gehören damit zu den Wahlleistungen.

### Arzneimittel

Die meisten Apotheken sind privat, der Markt wächst weiterhin. Für das Jahr 1997 wurden 0,07 Apotheker pro 1.000 Einwohner gezählt. Diese Zahl liegt um das Siebenfache unter den Werten für Polen, Slowenien und den Baltischen Staaten und um das Zweifache unter dem bulgarischen Wert. Seit 1993 nimmt die Apothekerdichte um mehr als 11 % jährlich ab, im Gegensatz zu dem steilen Anstieg von 8,3 % der in Ungarn oder der Tschechischen Republik (6,5 %) zu verzeichnen ist. Das Gesundheitsministerium billigte die Positivliste. Nach dem Krankenversicherungsgesetz wird das Gesundheitsministerium zusammen mit der Vereinigung der Apotheker diese Aufgabe in Zukunft zu übernehmen. Neben der Positivliste gibt es im Arzneimittelsektor weitere Kostendämpfungsmaßnahmen wie die 20%ige Zuzahlung für verordnete Arzneimittel, Restriktionen für die Verschreibung von mehr als drei Medikamenten pro Arztkonsultation und Festbeträgen, die vornehmlich auf dem Preisniveau der lokalen Arzneimittelproduktion basieren.

## Finanzierung

Bis 1998 erfolgte die Finanzierung überwiegend über den Staatshaushalt (etwa 60 % der öffentlichen Finanzierung). Die finanzielle Mittelzuweisung erfolgte größtenteils über die Gesundheitsdirektorate auf Bezirksebene und teilweise über das Gesundheitsministerium. Seit 1992 werden Arzneimittel in der ambulanten Versorgung durch einen budget-ähnlichen Fonds („Gesundheitssonderfonds“) erstattet. Mit Beginn des Jahres 1993 wurden die Kosten für die gesundheitliche Versorgung überwiegend über Gemeindebudgets abgedeckt. Diese Verteilung der Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung spiegelt das Interesse der medizinischen Gemeinden wieder, die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben zu erhöhen. Dieses spezielle Ziel wurde allerdings nicht erreicht. Nach den Daten des EU-Phare Consensus Projektes fiel die öffentliche Gesundheitsfinanzierung von 3,1 % im Jahr 1994 auf 2,6 % im Jahre 1997. Es war daher nicht überraschend, dass die Erhöhung des Fondsaufkommens das Hauptziel der aktuellen Finanzierungsform im rumänischen Gesundheitswesen war. 1997 wurden etwa 7 % der Gesundheitskosten des öffentlichen Sektors über Finanzierung von außen (Darlehen und Subventionen) abgedeckt. Etwa 70 % dieser Quellen wurden zwischen 1996 und 1998 für Investitionen verwandt. Bis 1998 wurden die Gesundheitsleistungen von NHS als Sachleistungen erbracht. Seit 1998 muss der Großteil der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung (etwa 70 % durch Krankenversicherungsbeiträge erbracht werden. Seit 1. Januar 1999 betragen die Pflichtbeiträge für Arbeitnehmer und ihre Angehörigen 14 % der Lohnsteuer. Davon zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer je 50 %. Zwischen 1998 und 1999 waren die nationalen Steuerbehörden verantwortlich für die Einziehung der gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge.

Diese Verantwortung muss laut Gesetz in Zukunft an die Versicherungshäuser delegiert werden. Die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner werden von der sozialen Rentenversicherung bezahlt (7 % der Pension).

Die privaten Gesundheitsausgaben werden in Rumänien nicht genau erfasst, aber sie stellen sowohl im Rahmen von Zuzahlungen für Arzneimittel als auch für „Schwarzzahlungen“ einen wichtigen Faktor dar.



## 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 Ruänien dargestellt.



## Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Rumänien

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

# 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 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

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 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](mailto:info@germanhealthcare.org)