

# VOLKSWAGEN

GROUP SERVICES



## Ihr Leitfaden für den Leistungsanspruch im Krankheitsfall während Ihres Auslandseinsatzes

Helpline +49 5361 8344 1188 | [auslandsservice@volkswagen-groupservices.com](mailto:auslandsservice@volkswagen-groupservices.com)

## Wir kümmern uns um Ihre Gesundheit – weltweit

### Herzlich willkommen bei der caregroup – Ihrem Auslandsservice!

Wir – die Volkswagen Group Services GmbH – stehen Ihnen mit unserem Auslandsservice in Gesundheitsfragen jederzeit weltweit zur Seite. Als Mitarbeiter des Volkswagen Konzerns wird Ihnen eine besondere Fürsorge zuteil, auch aufgrund dessen zählt der Global Player zu einem der weltweit attraktivsten Arbeitgeber.

In Kooperation mit Ihrem Arbeitgeber haben wir für Sie ein optimales Leistungspaket zusammengestellt. Des Weiteren profitieren Sie von unserer engen – und selbstverständlich vertraulichen – Zusammenarbeit mit dem Volkswagen Gesundheitswesen sowie der Audi BKK. Uns liegt es besonders am Herzen, dass Sie und Ihre Familie sich sorgenfrei den Herausforderungen eines Auslandseinsatzes stellen können. Sie erhalten hierfür die bestmögliche Versorgung im Krankheitsfall – das ist unser Anspruch, der sich in diesem Leitfaden zeigt!

Dieser Leitfaden gibt Ihnen einen Überblick über unser Leistungsspektrum und beantwortet zugleich all Ihre Fragen, die im Bedarfsfall auftreten können. Wir wünschen Ihnen einen erfolgreichen und gesunden Aufenthalt bei Ihrem Auslandseinsatz.

Herzlichst, Ihr Team der caregroup  
der Volkswagen Group Services GmbH



**04** Was Sie vorab  
wissen sollten



**06** Serviceleistungen  
ZU BEGINN DER MITGLIEDSCHAFT



**08** Unsere  
Leistungen



**19** Ausgeschlossene  
Leistungen



**22** Wie Sie im  
Bedarfsfall vorgehen



**27** FAQ



**29** Definition



**37** Kontaktdaten



**39** Impressum

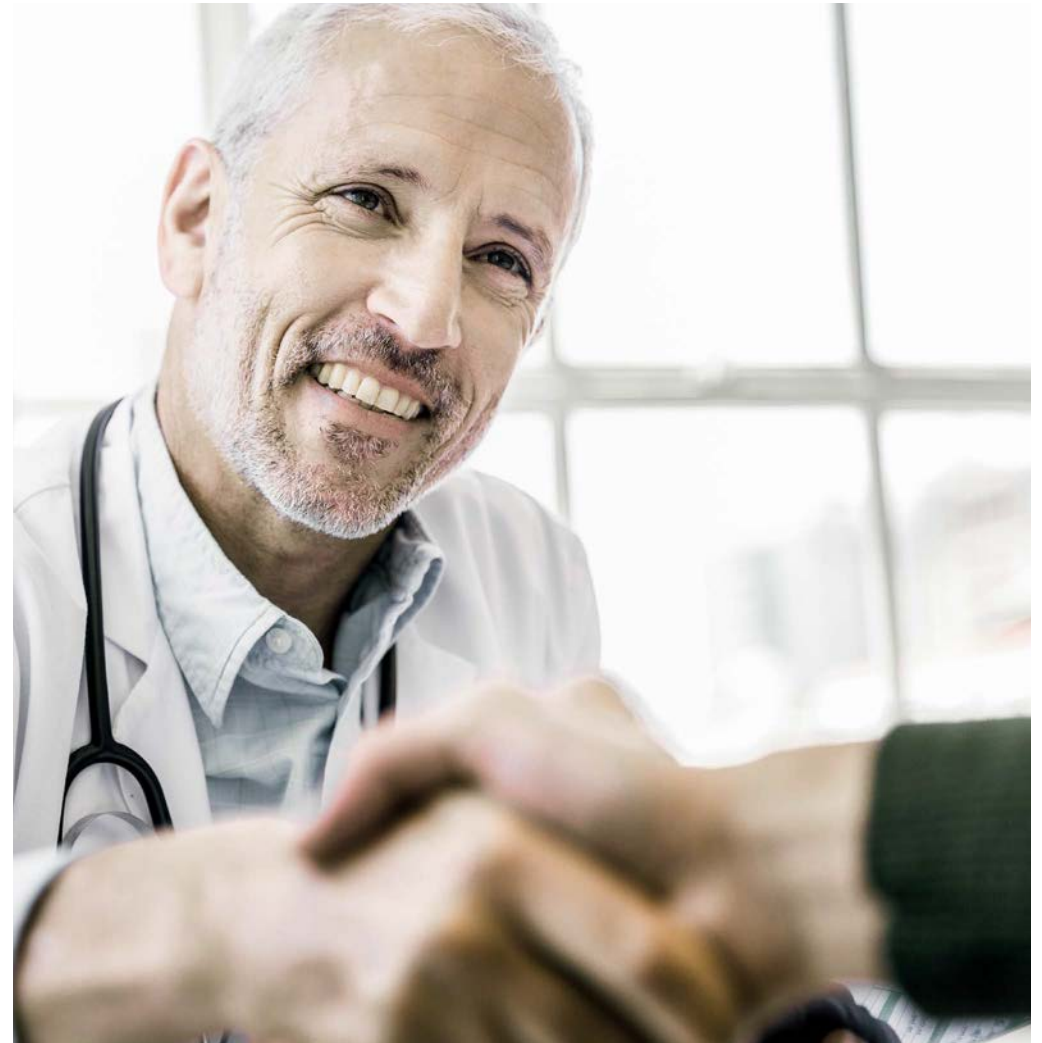
## Was Sie vorab wissen sollten

Ein Auslandsaufenthalt bedeutet, neue und spannende Erfahrungen mit den Sitten anderer Länder und deren Menschen zu sammeln. Leider lassen sich hier Krankheiten und Unfälle nie ganz ausschließen. Um Sie vor unangenehmen Überraschungen zu schützen und Sie im Krankheitsfall bestmöglich zu unterstützen, hat die caregroup der Volkswagen Group Services GmbH gemeinsam mit Ihrem Arbeitgeber für Sie und Ihre Familie ein hochwertiges Leistungspaket zusammengestellt. Versicherungsschutz wird dabei von der Volkswagen Insurance Company DAC (VICO) gewährt.

Wir stehen Ihnen jedoch als alleiniger, kompetenter und zuverlässiger Ansprechpartner für alle Fragen zum Leistungsanspruch während Ihres Auslandseinsatzes zur Verfügung. Darüber hinaus wickeln wir die Abrechnung bzw. Erstattung der im Ausland erbrachten medizinischen Leistungen ab.

### Im Ausland gut versorgt

Ein Leistungsanspruch ist ausschließlich während des Zeitraums des Auslandseinsatzes gegeben. Eine weitere Absicherung nach Beendigung des Einsatzes ist nicht möglich. Die Mitgliedschaft in Ihrer bereits existierenden Krankenversicherung im Heimatland wird in aktiver oder ruhender Form aufrechterhalten. Dies ermöglicht es Ihnen, nach Ihrem Auslandsaufenthalt problemlos in Ihre Krankenversicherung zurückkehren zu können.



## Was Sie vorab wissen sollten



### **Aktive Krankenversicherung**

Verfügen Sie weiterhin über eine aktive Krankenversicherung im Heimatland, so ist es erforderlich, dass Sie bei allen Arztbesuchen im Heimatland Ihren Leistungsanspruch über Ihre aktive Krankenversicherung geltend machen. Die caregroup übernimmt in diesem Fall ausschließlich die im Gastland anfallenden medizinischen Kosten.

### **Ruhende Krankenversicherung (Anwartschaft)**

Muss Ihre Krankenversicherung in Ihrem Heimatland auf Anwartschaft umgestellt werden, dann besteht für Sie sowohl im Gastland als auch im Heimatland Leistungsanspruch über die caregroup.

Die Entscheidung, ob Sie eine aktive Form Ihres Arbeitsvertrages beibehalten, trifft die Personalabteilung Ihres Arbeitgebers aufgrund sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen.

Befinden Sie sich während Ihres Auslandseinsatzes in einem Drittland (z.B. im Urlaub oder auf Dienstreise), so ist in Notfällen (z.B. Herzinfarkt oder Verkehrsunfall) ein Leistungsanspruch weltweit für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen gegeben. Eine Ausnahme bilden lediglich die Länder, in denen Sie über eine aktive Krankenversicherung verfügen.

## Serviceleistungen zu Beginn der Mitgliedschaft

Wir – die caregroup der Volkswagen Group Services GmbH – agieren zuverlässig, flexibel und stets verantwortungsbewusst. Unser Service beginnt bereits weit vor Ihrem Auslandseinsatz, so dass Ihnen zu Beginn der Mitgliedschaft alle wichtigen Unterlagen vorliegen.

So können Sie sich sorgenfrei auf die kommenden Herausforderungen freuen. Bei uns sind Sie in guten Händen!



## Serviceleistungen zu Beginn der Mitgliedschaft



### Anmeldeprozess

Ist bei Ihnen ein Auslandseinsatz geplant, werden Sie von Ihrem zuständigen Personalreferenten Ihrer Heimatgesellschaft bei uns angemeldet. Sie erhalten zunächst von uns eine Willkommens-E-Mail mit wichtigen Informationen und Zugang zu den folgenden Unterlagen:

- Leitfaden als übersichtliches Nachschlagewerk
- Erstattungsantrag zum Einreichen im Leistungsfall
- Überblick der weltweiten Direktabrechnungspartner
- Informationen zur Leistungsabrechnung

### Ihre Mitgliedskarte

Für jede angemeldete Person wird Ihnen die Mitgliedskarte entweder über das Personalwesen oder postalisch zugestellt. Die Karte erleichtert Ihnen den Zugang zum Leistungserbringer und bietet Ihnen zwei wesentliche Vorteile:

- Sie dient zur Vorlage bei den Leistungserbringern, wie z.B. Ärzten, Apothekern oder Krankenhäusern.
- Auf einen Blick erhalten Sie die wichtigsten Telefonnummern und Daten, die Sie im Krankheitsfall schnellstmöglich benötigen
- Gern stellen wir Ihnen eine neue zur Verfügung, falls Sie Ihre Karte verloren haben.

## Unsere Leistungen

Wir führen keine vorherige Gesundheitsprüfung durch und erheben keine Risikobeiträge. Behandlungen von Vorerkrankungen und chronischen Krankheiten sind entsprechend des gültigen Leistungsumfanges mit abgedeckt. Der Erstattungsumfang von medizinischen Leistungen in Deutschland richtet sich nach GOÄ/GOZ und wird bis zum jeweiligen Höchstsatz von 2,3 bzw. 3,5 mit entsprechender Begründung übernommen.

Die caregroup der Volkswagen Group Services GmbH ist in allen Fragen als zuverlässiger Partner immer für Sie da. Im Folgenden können Sie sich von unserem breiten Leistungsspektrum überzeugen.

Ihr Leistungsanspruch orientiert sich an dem Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung, dennoch erhalten Sie wesentlich mehr. Auf unkomplizierte Art und Weise bekommen Sie Leistungen und kundennahen Service, wie Sie diesen sonst nur von Privatversicherungen kennen.

Im Leistungsspektrum der caregroup enthalten sind z.B. folgende Zusatzleistungen\*:

- Chefarztbehandlung und Einbettzimmer
- Behandlungen beim Chiropraktiker und Osteopathen
- Kostenübernahme von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ohne Zuzahlung.
- Inlays und Implantate
- weltweite Notfallbehandlung und Rücktransport
- 24-Stunden-/7-Tage-Service

\* Bitte beachten Sie unsere Definitionen ab Seite 29.



## Leistungsübersicht

### Ambulante Behandlungen

Erstattungsanspruch besteht u.a. für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen, Untersuchungen und verschriebene Hilfsmittel. Die Einzelleistungen entnehmen Sie bitte folgender Auflistung:

	Umfang pro Jahr der Mitgliedschaft*	Vorherige Kostenzusage notwendig	Verordnung notwendig	medizinischer Bericht/ Diagnose
Ärztliche Leistungen bei freier Arztwahl (Allgemeinarzt, Facharzt)	volle Erstattung			
Ambulante Operationen (Definition 2, S. 29)	volle Erstattung			
Indizierte Laborleistungen (Definition 25, S. 32)	volle Erstattung	x (ab 200 €)	x	x
Röntgen, medizinisch indizierte MRT (Kernspintomographie), CT (Computertomographie) und PET (Positronen-Emissions-Tomographie)	volle Erstattung		x	
Chemotherapie, Strahlentherapie	volle Erstattung		x	x
Alternativmedizin (Definition 1, S. 29)	max. 750 EUR			

\* Bitte beachten Sie hierzu die Angaben ab Seite 29 ff.

## Leistungsübersicht

	Umfang pro Jahr der Mitgliedschaft*	Vorherige Kostenzusage notwendig	Verordnung notwendig	medizinischer Bericht/ Diagnose
Verschriebene physiotherapeutische Maßnahmen (Definition 32, S. 34)	max. 12 Behandlungen (bis zu 150 EUR pro Behandlungstag)		x	x
Verschriebene Sprachtherapie	max. 10 Behandlungen		x	x
Psychotherapie (Definition 34, S. 34)	max. 2.500 EUR	x	x	x
Rehabilitationsmaßnahmen (Definition 35, S. 34)	max. 2.500 EUR	x	x	x
Medizinische Hilfsmittel (Definition 27, S. 33)	max. 2.500 EUR	x	x	x
Arzneimittel (Definition 4, 8, S. 29 und 30)	volle Erstattung		x	

\* Bitte beachten Sie hierzu die Angaben ab Seite 29 ff.

## Leistungsübersicht

### Stationäre Behandlungen<sup>1</sup>

Erstattungsanspruch besteht für stationären oder teilstationären Aufenthalt im Krankenhaus, Kosten für Chirurgie und Anästhesie, diagnostische Tests, Physiotherapie oder Rehabilitationsmaßnahmen. Die Einzelleistungen entnehmen Sie bitte folgender Auflistung:

	Umfang pro Jahr der Mitgliedschaft*	Vorherige Kostenzusage notwendig	Verordnung notwendig	medizinischer Bericht/ Diagnose
Geplante Behandlung (Einzelzimmer, Chefarztbehandlung) (Definition 22, S. 32)	volle Erstattung	x		x
Krankenhausaufenthalt aufgrund von Schwangerschaft und Entbindung (Einzelzimmer, Chefarztbehandlung)	volle Erstattung			
geplanter/ungeplanter Kaiserschnitt (Definition 22, S. 32)	volle Erstattung		x	x
Tagesklinik bzw. teilstationäre Behandlung	volle Erstattung			
Kosten für Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung eines angemeldeten Kindes bis zum 16. Lebensjahr	max. 1000 EUR	x		
Operationskosten einschließlich Arzthonorar, Kosten für Narkose und OP	volle Erstattung			

<sup>1</sup>Die Kostenübernahme erfolgt zu den ortsüblichen Kosten und Preisen. Bei planbaren Behandlungen behalten wir uns aus wirtschaftlichen Gründen eine Übernahme der Kosten vor.\* Bitte beachten Sie hierzu auch die Seiten 19, 20 und 21

## Leistungsübersicht

	Umfang pro Jahr der Mitgliedschaft*	Vorherige Kostenzusage notwendig	Verordnung notwendig	medizinischer Bericht/ Diagnose
Indizierte Laborleistungen	volle Erstattung			
Röntgen, MRT (Kernspintomographie), CT (Computertomographie), PET (Positronen-Emissions-Tomographie)	volle Erstattung			
Arzneimittel (Definition 4 und 8, S. 29 und 30)	volle Erstattung			
Rehabilitationsmaßnahmen (Definition 35, S. 34)	volle Erstattung	x	x	x
Knochenmark- und Organtransplantation (Definition 20, S. 32)	volle Erstattung	x		
Strahlentherapie und Chemotherapie	volle Erstattung			

\* Bitte beachten Sie hierzu auch die Seiten 19, 20 und 21

## Leistungsübersicht

### Weitere Leistungen

In Ihrem Erstattungsanspruch inbegriffen sind darüber hinaus weitere Leistungen, wie z.B. Impfungen, häusliche Krankenpflege oder Krankentransport. Die Einzelleistungen entnehmen Sie bitte folgender Auflistung:

	Umfang pro Jahr der Mit- gliedschaft*	Vorherige Kostenzusage notwendig	Verordnung notwendig	medizinischer Bericht/ Diagnose
Impfungen und Prophylaxen im definierten Umfang (Definition 18, S. 31)	volle Erstattung			
Medizinisch empfohlene Vorsorgeuntersuchungen (Definition 26, S. 33)	volle Erstattung			
Gesundheits-Check-Up (Definition 10, S. 30)	max. 800 EUR alle 2 Jahre			
Präventionskurse zu den Gesundheitsthemen Ernährung, Bewegung sowie Genuss- und Suchtmittel – z.B. Herz-Kreislauf-Training (Definition 33, S. 34)	bei mind. 80 % Teilnahme maximal 90 EUR pro Kurs für bis zu zwei Kurse je Mitgliedsjahr			

## Leistungsübersicht

	Umfang pro Jahr der Mitgliedschaft*	Vorherige Kostenzusage notwendig	Verordnung notwendig	medizinischer Bericht/ Diagnose
Häusliche Krankenpflege unmittelbar nach einer stationären Behandlung oder wenn eine stationäre Behandlung aus gegebenen Umständen nicht möglich bzw. nicht notwendig ist (Definition 11, S. 30)	max. 2.500 EUR	x	x	
Verschriebene Haushaltshilfe (Definition 41, S. 35)	volle Erstattung	x	x	x
Vor- und Nachsorgeuntersuchung bei Schwangerschaft <sup>1</sup>	volle Erstattung			
Schwangerschaftskurse (Definition 36, S. 35)	100 % der Kosten bis max. 400 EUR			
Hausentbindung	bis zu 1.000 EUR je Hausentbindung	x		
Hebammenleistungen (Definition 12, S. 31)	volle Erstattung			
Künstliche Befruchtung inklusive Labor- und Medikamentenkosten (Definition 24, S. 32)	4 Versuche, 50 % der Kosten bis max. 4.000 EUR pro Versuch	x		x

<sup>1</sup> Ausführlichere Informationen zum Thema Leistungsanspruch während der Schwangerschaft entnehmen Sie bitte unserer Schwangerschaftsbroschüre \* Bitte beachten Sie hierzu auch die Seiten 19, 20 und 21

## Leistungsübersicht

	Umfang pro Jahr der Mit- gliedschaft*	Vorherige Kostenzusage notwendig	Verordnung notwendig	medizinischer Bericht/ Diagnose
Verschriebene Kontrazeptiva (empfangnisverhütende Mittel)(Definition 42, S. 36)	volle Erstattung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres		x	
Krankentransport (Definition 23, S. 32)	volle Erstattung		x	
Medizinisch notwendiger Rücktransport in das Heimatland (Definition 29, S. 34)	volle Erstattung	x	x	x
weltweite Notfallbehandlung im entsprechenden Geltungsbereich für Reisen bis max. 6 Wochen (Definition 31, S. 34)	volle Erstattung			
Überführung im Todesfall (Definition 40, S. 35)	max. 10.000 EUR	x		
Seehilfe (Definition 37, S. 35)	max. 200 EUR			

## Leistungsübersicht

### Zahnärztliche Leistung

Sie bekommen sowohl die Kosten für Zahnbehandlungen (100 %), wie z.B. Vorsorge, als auch medizinisch notwendigen Zahnersatz (80 % – bis max. 3.000 EUR im 1. Jahr der Mitgliedschaft, im 1. und 2. Jahr der Mitgliedschaft in Summe max. 4.000 EUR und ab dem 3. Jahr der Mitgliedschaft bis zu 4.000 EUR pro Jahr der Mitgliedschaft) erstattet. Die Einzelleistungen entnehmen Sie bitte folgenden Auflistungen:

	Umfang pro Jahr der Mit- gliedschaft*	Vorherige Kostenzusage notwendig	Verordnung notwendig	Röntgenbild Therapieplan Kostenplan
Zahnbehandlung	volle Erstattung			
Chirurgische Leistungen, wie z.B. Entfernung des Zahnes, Wurzelspitzenbe- handlung	volle Erstattung			
Professionelle Zahnreinigung	1 x pro Jahr volle Erstattung (ab dem 12. Lebensjahr)			
Leistungen bei Paradontitis, Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums/ Parodontalchirurgie	80 % bis max. 3.000 EUR	x		x
Eingliederung von Aufbissbehelfen inkl. Materialkosten	100 % bis max. 1.500 EUR			

\* Bitte beachten Sie hierzu auch die Seiten 19, 20 und 21



## Leistungsübersicht

### Zahnersatz

	Umfang pro Jahr der Mit- gliedschaft*	Vorherige Kostenzusage notwendig	Verordnung notwendig	Röntgenbild Therapieplan Kostenplan
<p>Dazu zählen prothetische Leistungen, wie z.B. Brücken, Kronen, Inlays, Onlays, Implantate, Prothesen sowie die Wiederherstellung eines Zahnersatzes, zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.</p> <p><b>In den ersten 15 Monaten der Mitgliedschaft werden ausschließlich Akutbehandlungen erstattet.</b></p> <p>(Heil- und Kostenplan notwendig, Definition 46, S. 36)</p>	<p>80 % bis max. 3.000 EUR im 1. Jahr der Mitgliedschaft, im 1. und 2. Jahr bis zu 4.000 EUR und ab dem 3. Jahr bis zu 4.000 EUR/Mitgliedsjahr</p>	x		x

## Leistungsübersicht

### Kieferorthopädische Leistungen

	Umfang pro Jahr der Mit- gliedschaft*	Vorherige Kostenzusage notwendig	Verordnung notwendig	Röntgenbild Therapieplan Kostenplan
Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr (Heil- und Kostenplan notwendig, Definition 14, S. 31 und Definition 19, S. 31)	volle Erstattung	x		x

Alle hier in der Leistungsübersicht aufgeführten Höchstbeträge (Definition 17, S. 31) gelten pro angemeldete Person und Jahr der Mitgliedschaft.  
(Definition 30, S. 34)

\* Bitte beachten Sie hierzu auch die Seiten 19, 20 und 21

## Ausgeschlossene Leistungen

Die Serviceleistungen der caregroup der Volkswagen Group Services GmbH – bieten ein umfangreiches Spektrum. Trotzdem kann ein Gesundheitsdienstleister nicht alle Behandlungen ausnahmslos übernehmen. Folgende Behandlungen, medizinische Befunde, Verfahren und Präparate sind daher von der Erstattung ausgeschlossen:

- Behandlungen, die außerhalb des abgesicherten Geltungsbereichs liegen, d.h. außerhalb der von der Personalabteilung gemeldeten Länder. Ausnahmen sind Notfälle bei Reisen bis zu sechs Wochen Dauer (zusammenhängend).
- Behandlungen im Heimatland, wenn Sie dort über eine aktive Mitgliedschaft bei einer Krankenversicherung verfügen.
- Schwangerschaftsabbruch, mit Ausnahme eines medizinisch oder kriminologisch indizierten Abbruchs (Definition 28, S. 33).
- Behandlung von sexueller Dysfunktion, Sterilisation, Refertilisation, Verhütung.
- Operationen zur Geschlechtsumwandlung.
- Nicht medizinisch indizierte, freiwillige und/oder kosmetische/plastische Operationen (Definition 21, S. 32), soweit nicht letztere der Wiederherstellung der Funktion der äußeren Erscheinung nach einem Unfall dienen oder im Rahmen einer chirurgischen Behandlung im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung stehen.
- Aufenthalt in einer Kur-, Bade- oder Wellnesseinrichtung, in einem Pflegeheim, Sanatorium oder Erholungsheim, selbst wenn dieser Aufenthalt medizinisch verordnet ist.
- Entzug bei Entwöhnung von Drogen- und Alkoholkonsum (u.a. medikamentöse Raucherentwöhnung) sowie Behandlungen absichtlich herbeigeführter Krankheiten und Verletzungen.
- Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen, die das Ergebnis einer aktiven Teilnahme an einem Krieg, Aufruhr oder Bürgerkrieg sind.
- Von Ihrem Ehepartner, Ihren Eltern oder Kindern durchgeführte Konsultationen; das bedeutet, dass Kosten für verschriebene Behandlungen, die durch Familienangehörige durchgeführt werden, nicht erstattet werden (selbst wenn diese Familienangehörigen über die notwendige medizinische Qualifikation verfügen).

## Ausgeschlossene Leistungen

- Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen, die das Ergebnis einer Beteiligung an berufsmäßigen Aktivitäten sportlicher Art sind.
- Ausgeschlossen sind Verfahren und Arzneimittel, die angewandt werden, weil keine alternative schulmedizinische Methode oder Arzneimittel zur Verfügung stehen (z.B. Stoßwellentherapie, Hyaluronsäure).
- Behandlung von Übergewicht, außer bei krankhafter Fettsucht.
- Nicht ärztlich verordnete und frei verkäufliche Arzneimittel (OTC), Aufbaupräparate, Nahrungsergänzungsmittel, Pflegeprodukte, Verhütungsmittel und Potenzmittel.
- Behandlung von Haarverlust, es sei denn, der Haarverlust ist auf eine Tumorthherapie zurückzuführen.
- Laserchirurgie/-behandlung, z.B. Augenchirurgie/Laserchirurgie zur Behandlung von Fehlsichtigkeit.
- Zahnbehandlungen aus ästhetischen Gründen wie z.B. Veneers, Teilkronen im Frontzahnbereich, Bleaching sowie die Versorgung von Milchzähnen mit hochwertigen Kompositfüllungen (Inserts).
- Ausgeschlossen sind Zahnversiegelungen ab dem 18. Lebensjahr sowie die Versiegelung von Milchzähnen, Frontzähnen bzw. Prämolaren.
- Kieferorthopädische Behandlungen mit der Aligner-Therapie (z.B. Invisalign) und kieferorthopädische Behandlungen bei Erwachsenen.
- Verblendung der Zähne bei Zahnersatz (im Oberkiefer ab Zahn 6 und im Unterkiefer ab Zahn 5). Bitte auch Definition 46 (Zahnersatz) S. 36 beachten!
- Kosten aufgrund einer Honorarvereinbarung und sogenannten Wunschleistungen; dies betrifft u.a. Laboruntersuchungen.
- Kosten, die über die erstattungsfähigen Höchstsätze (2,3 bis 3,5) hinausgehen.
- Vom Mitglied verschuldete Mahngebühren werden von der caregroup nicht erstattet und müssen vom Mitglied selber getragen werden.
- Luftreiniger, Luftbefeuchter und Zubehör – auch wenn ärztlich verordnet.

## Ausgeschlossene Leistungen

- Übertragung jeglicher Leistungen, wie z.B. von Maximalwerten.
- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGel): Individuelle Gesundheitsleistungen sind Leistungen der Vorsorge- und Service-medicin, die von der caregroup nicht übernommen werden.
- Ozontherapie
- Phototherapie
- Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung in 3D/4D
- Paartherapie bzw. Eheberatung
- Park- und Bankgebühren
- Reise- und Unterkunftskosten, auch wenn diese in Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung stehen.



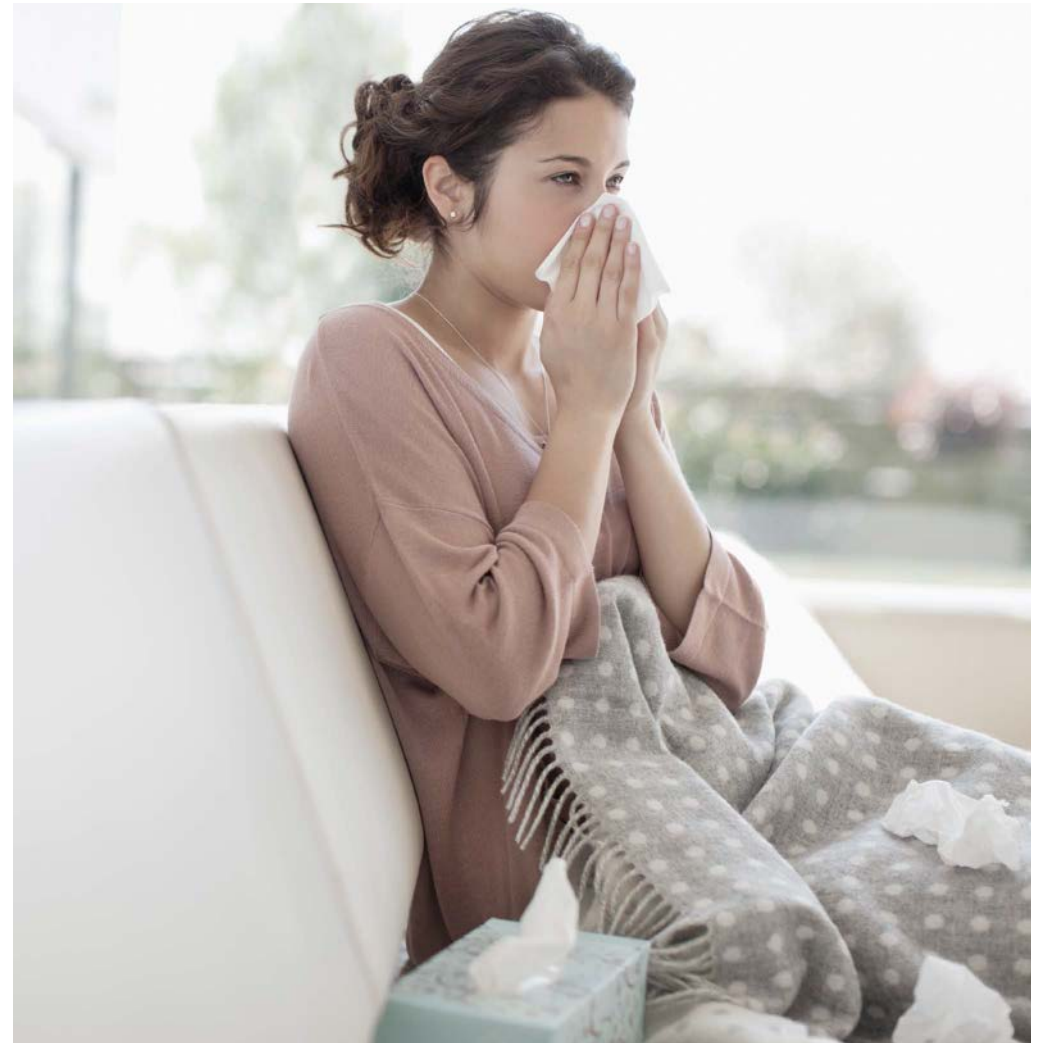
## Wie Sie im Bedarfsfall vorgehen

Damit Sie im Vorfeld an alles denken und sich im Krankheitsfall nicht mit unnötigen Schreiarbeiten beschäftigen müssen, helfen Ihnen die nachfolgenden Darstellungen der Prozessabläufe bei einer schnellen Abwicklung.

Denken Sie unbedingt daran, dass Sie sich die Originale (Verschreibungen bzw. Rezepte und Rechnungen) aushändigen lassen. Kopien werden nicht akzeptiert. Ausnahmsweise können Sie Kopien nur dann einreichen, wenn Ihnen das Original nicht mehr vorliegt und Sie uns dieses persönlich und schriftlich bestätigen.

Um Doppelzahlungen zu vermeiden, sollten die Rechnungen entweder auf Sie (dann folgt eine Erstattung) oder auf die Volkswagen Group Services GmbH (dann folgt eine Direktabrechnung) ausgestellt werden.

Für alle Fälle sollten Sie am Entlassungstag ein vom Krankenhaus akzeptiertes Zahlungsmittel bereithalten. In einem Notfall ist für eine stationäre Behandlung keine vorherige Kostenzusage erforderlich. Der Auslandsservice der Volkswagen Group Services GmbH muss jedoch innerhalb von 48 Stunden nach der Aufnahme informiert werden.



## Wie Sie im Bedarfsfall vorgehen

### Arztbesuch

#### Vor dem Arztbesuch

Prüfen Sie stets vor Inanspruchnahme von Behandlungen, ob unser Leistungskatalog die von Ihnen gewünschte Leistung beinhaltet und ob eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

#### Wann ist eine vorherige Kostenzusage notwendig?

Eine vorherige Kostenzusage ist auf jeden Fall bei planbaren stationären Behandlungen vor dem Krankenhausaufenthalt, bei medizinischen Rücktransporten, bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Leistungen notwendig. Des Weiteren gilt dies auch bei Behandlungen, für die eine Absprache zwischen Arzt und Leistungsträger über Behandlungsmethoden, Verfahren, eine bestimmte Anzahl von Anwendungen oder Kosten erforderlich ist. Um eine Kostenzusage ausstellen zu können, benötigen wir seitens des behandelnden Arztes oder Leistungserbringers:

- Heil- und Kostenplan (Definition 14, S. 31)
- Röntgenbilder bei Zahnbehandlungen
- medizinische Unterlagen bei stationären Aufenthalten\*

Dieser Heil- und Kostenplan wird von der caregroup – dem Auslandsservice der Volkswagen Group Services GmbH – zeitnah geprüft, um Ihnen eine baldige Kostenzusage erteilen zu können.

Sie können alle Leistungen, für die Sie eine vorherige Kostenzusage benötigen, den Aufstellungen auf den Seiten 9 bis 18 entnehmen.

#### Bitte beachten Sie:

Falls die Kostenzusage für eine stationäre oder andere Behandlung, die in der Leistungsübersicht als antragspflichtig gekennzeichnet ist, nicht eingeholt wurde, besteht unsererseits keine Leistungspflicht. Bestätigt eine nachträgliche Prüfung die medizinische Notwendigkeit, werden die Kosten selbstverständlich im entsprechenden Umfang übernommen.

Der Leistungsanspruch aus einer Kostenzusage endet mit Beendigung Ihres Auslandseinsatzes. Darüber hinaus besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der caregroup der Volkswagen Group Services GmbH.

#### Während des Arztbesuchs

Halten Sie bitte folgendes bei Ihrem Arztbesuch bereit:

- Mitgliedskarte
- Ausweis (Personalausweis bzw. Reisepass) und
- schriftliche Kostenzusage (falls für diese Behandlung nötig)

\* Wenn Sie stationär behandelt werden, muss der Behandlungsplan in der Regel binnen vier Wochen vor Behandlungsbeginn bei uns eingehen.

## Wie Sie im Bedarfsfall vorgehen

### Abrechnung der Leistung: Erstattung

Um Ihnen als Rechnungsempfänger das Geld erstatten zu können, müssen Behandlungen von einem gesetzlich zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder anderen Therapeuten erbracht worden sein. Es ist notwendig, dass Sie sich eine Rechnung ausstellen lassen.

### Direktabrechnung

Eine Direktabrechnung liegt dann vor, wenn nicht Sie, sondern die Volkswagen Group Services GmbH der Rechnungsempfänger ist. Sie haben die Möglichkeit, Ihre Behandlungskosten direkt zwischen dem medizinischen Leistungserbringer und der caregroup – dem Auslandsservice der Volkswagen Group Services GmbH abrechnen zu lassen.

Mit welchen Leistungserbringern eine Direktabrechnung zurzeit möglich ist, entnehmen Sie bitte Ihrer Direktabrechnungsliste.

Einen Überblick über unsere weltweiten Direktabrechnungspartner liefert Ihnen auch unsere Website, auf die Sie jederzeit Zugriff haben, unter: <http://caregroup.volkswagen-groupservices.com>

### Direktabrechnung mit Krankenhäusern, Arztpraxen und anderen Leistungserbringern

Wir rechnen direkt mit dem Krankenhaus ab, sofern diese Abrechnungsme-

thode dort möglich ist. In diesem Fall müssen Sie nicht in Vorleistung treten. Erkundigen Sie sich sicherheitshalber vor der Entlassung in der Klinik, ob eine entsprechende Vereinbarung zustande gekommen ist und die Entlassung ohne Barzahlung auch dem Check-Out- Personal Ihres Krankenhauses bekannt ist.

Bitte informieren Sie uns, falls der von Ihnen gewählte Leistungserbringer nicht in der Direktabrechnungsliste aufgeführt ist. Wir setzen uns dann gerne mit ihm in Verbindung. Die Direktabrechnung ist für alle Beteiligten der schnellste und unkomplizierteste Weg.

### Eine Rechnung sollte stets folgende Angaben enthalten:

- Vor- und Zuname
- Geburtsdatum des Mitglieds
- Rechnungsnummer
- Rechnungs- & Behandlungsdatum
- Angaben zum Leistungserbringer (Name und Anschrift)
- möglichst die genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose/ICD-Code) bzw. eine Umschreibung des Beschwerdebildes
- die erhaltenen Leistungen unter Angabe der Einzelpreise und der gesamten Behandlungskosten
- im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen sind auch die Bezeichnung der betroffenen und ersetzten Zähne sowie die jeweils vorgenommenen Leistungen anzugeben



## Wie Sie im Bedarfsfall vorgehen

### Erstattungsvorgang

Die Caregroup der Volkswagen Group Services GmbH ist stets darauf bedacht, bei Vorleistungen Ihre Kosten zeitnah zu erstatten. Gehen Sie dabei bitte folgendermaßen vor:

Füllen Sie den Vordruck „Erstattungsantrag“, den Sie von uns erhalten haben oder unter <http://caregroup.volkswagen-groupservices.com> finden, vollständig aus – inklusive IBAN und BIC/Swift – und versehen Sie das Dokument mit dem Datum und Ihrer persönlichen Unterschrift. Benutzen Sie für jedes Mitglied jeweils einen eigenen Vordruck. Legen Sie dem Erstattungsantrag alle Belege unbedingt im Original bei, wie z.B. Arztrechnungen, Rechnungen und Verordnungen für Arzneimittel, Rechnungen für Labortests etc. und schicken Sie diese per Post an folgende Rechnungsanschrift:

Volkswagen Group Services GmbH  
caregroup / Auslandsservice  
Major-Hirst-Straße 11  
D-38442 Wolfsburg  
GERMANY

Daneben haben Sie auch die Möglichkeit, uns den Erstattungsantrag per Werks-Post zuzusenden:

Name: Volkswagen Group Services  
GmbH – caregroup  
Standort: 951  
Brieffach: 94512  
Kurzzeichen: A-GKPA

### Hinweis

Erstattungsvorgänge müssen spätestens innerhalb von sechs Monaten (Monatsende) nach Ablauf des Kalenderjahres, in der die Leistung erbracht bzw. die Rechnung erstellt wurde, eingereicht werden. Später eingegangene Vorgänge können nicht berücksichtigt werden. Unser Hinweis: Die Einreichung der Erstattungsvorgänge zum Jahresende oder in der Jahresmitte kann zu Verzögerungen in der Abwicklung führen. Daher raten wir grundsätzlich zur zeitnahen Abrechnung.

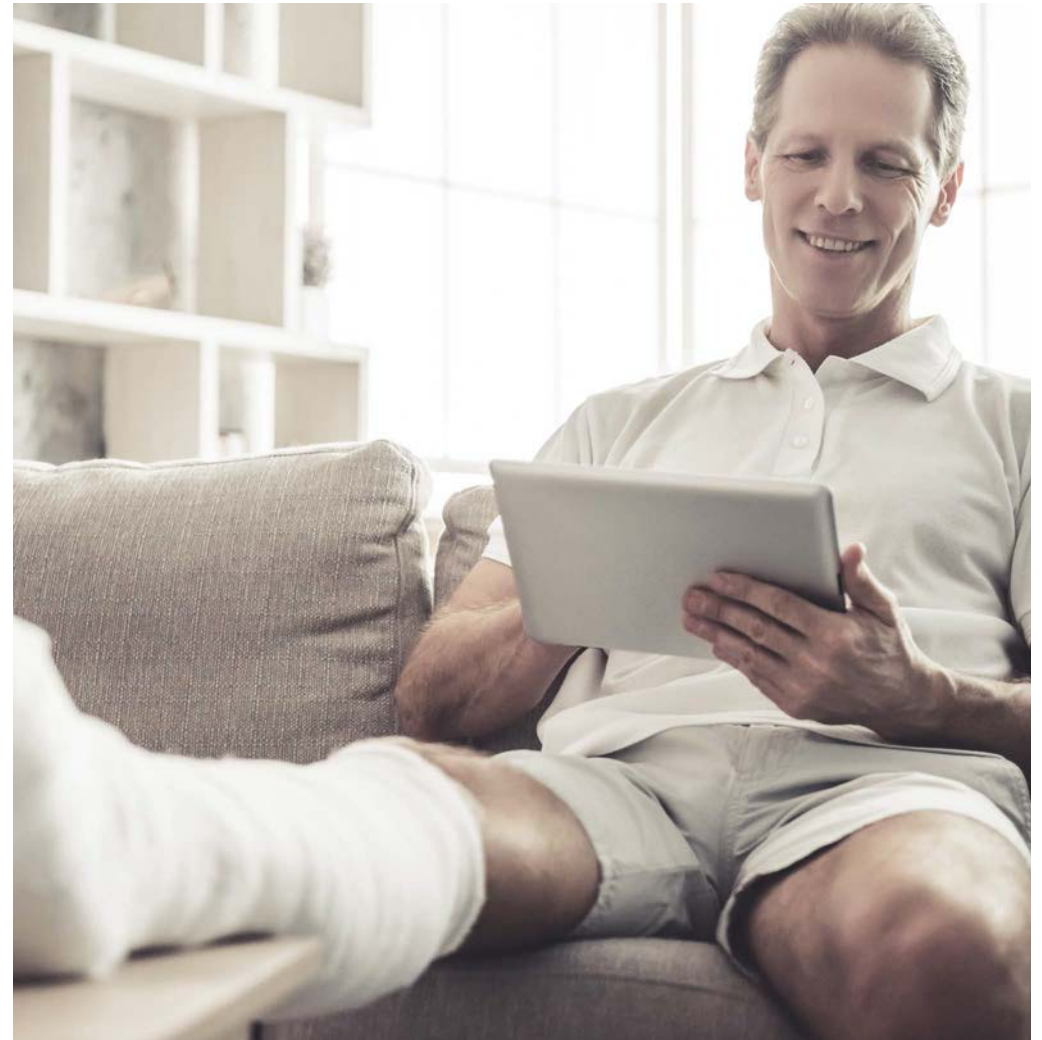
## Wie Sie im Bedarfsfall vorgehen

### **Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags durch die caregroup der Volkswagen Group Services GmbH**

Sobald Ihr Erstattungsantrag bei uns fristgerecht eingegangen ist, erhalten Sie eine Bestätigung von uns. Wir prüfen dann schnellstmöglich Ihren Erstattungsanspruch.

### **Währung bei der Erstattung**

Die Erstattungen rechnen wir direkt mit Ihnen ab. Zahlungen erfolgen nach Ihrer Wahl entweder in Euro oder in der Währung der Rechnungen. Zu den Währungen, die nicht erstattet werden können, gehören: CNY/RMB, MYR, THB, TWD, TRY, CLP. Scheckzahlungen sind nicht möglich. Bitte geben Sie unbedingt die Wunschwährung auf dem Erstattungsantrag an. Die Erstattungen werden auf das von Ihnen genannte Konto im Gastland oder im Heimatland spesenfrei (Definition 38, S. 35) überwiesen. Die Gutschrift erfolgt über die Volkswagen Global Treasury Platform (GTP).



## FAQ

Jetzt wissen Sie, was wir für Sie leisten können. Hier finden Sie Antworten zu den am häufigsten gestellten Fragen.

### **Wie kann ich mich bei der caregroup anmelden?**

Die Personalabteilung Ihres Arbeitgebers im Heimatland meldet Sie, wenn ein Auslandseinsatz geplant ist, automatisch bei der caregroup der Volkswagen Group Services GmbH an.

### **Werden neben den medizinischen Leistungen auch zusätzliche Kosten, wie z.B. Parkgebühren bei Arztbesuchen erstattet?**

Nein, zusätzlich anfallende Kosten können nicht von uns erstattet werden. Wir bieten Ihnen ein umfangreiches Leistungsspektrum an, das sich auf das Wesentliche konzentriert: die medizinischen Leistungen.

### **Was passiert, wenn ich in einem Krankenhaus oder einer medizinischen Einrichtung bin und vorab eine größere Summe für die Behandlung bezahlen soll?**

Bitte rufen Sie uns an, wenn kein Direktabrechnungsabkommen besteht, nehmen wir gern Kontakt mit dem Krankenhaus bzw. der medizinischen Einrichtung auf und bestätigen den Leistungsanspruch. In den meisten Fällen wird dadurch vermieden, dass Sie in Vorleistung treten müssen.

Auf unserer Webseite unter <http://caregroup.volkswagen-groupservices.com/>

erhalten Sie eine komplette Liste der medizinischen Leistungserbringer, mit denen eine Direktabrechnung möglich ist.

### **Welches Konto soll beim Erstattungsantrag angegeben werden? Das Inlands- oder das Auslandskonto?**

Sie können sowohl Ihr In- als auch Ihr Auslandskonto angeben. Entscheiden Sie sich für Ihr deutsches Konto, erfolgen die Überweisungen zügiger. Berücksichtigen Sie dabei bitte, dass evtl. zusätzlich Verfügungskosten entstehen, wenn Sie auf das Geld aus dem Ausland z.B. per Abhebung oder Überweisung zugreifen möchten.

### **Können Kopien der Rechnungen zur Erstattung eingereicht werden?**

Es ist zwingend notwendig, dass Sie uns den Erstattungsantrag sowie die Originalrechnungen per Post zukommen lassen. Andernfalls müssen wir den Erstattungsantrag ablehnen.

### **Brauche ich weiterhin meine gesetzliche bzw. private Krankenversicherung oder kann diese gekündigt werden, wenn ich ins Ausland gehe?**

Diese Frage kann nicht pauschal beantwortet werden, da dies abhängig ist von der jeweiligen Heimat-/Gastland-Kombination sowie von der persönlichen familiären Situation. Bitte klären Sie diese Frage mit Ihrem Personalwesen der Heimatgesellschaft und Ihrer Heimatkrankenversicherung.

## FAQ

### **Meine Adresse hat sich geändert. Wie gehe ich vor?**

In Ihrem Interesse bitten wir Sie, uns jede Änderung Ihrer Korrespondenzadresse, sowie Ihre E-Mail-Adresse und Telefonnummer unverzüglich schriftlich mitzuteilen an:

auslandsservice@volkswagen-groupservices.com

unter Angabe Ihrer Mitgliedsnummer.

### **Welche Korrespondenzanschrift soll ich wählen?**

In einigen Aufenthaltsländern kann die Zustellung der Post problematisch sein. Geben Sie auf dem Erstattungsantrag nur eine zustellsichere Anschrift an, damit unsere Korrespondenz Sie sicher erreicht. Für eventuelle Rückfragen sollten Sie auf den Formularen auf jeden Fall auch Ihre Telefonnummer und E-Mail-Adresse angeben.

### **Was passiert bei Personenstandsänderungen (Geburt, Heirat etc.)?**

Bitte informieren Sie Ihr Personalwesen und senden Sie diesem unverzüglich die jeweilige Urkunde als Kopie.

### **Kann ich Mitglied bei der caregroup bleiben, wenn ich aus dem Auslandseinsatz zurückkehre oder den Volkswagen Konzern verlasse?**

Nein, dieser Anspruch steht grundsätzlich nur aktiven Angehörigen des

Volkswagen Konzern während des Auslandseinsatzes zur Verfügung. Soweit Sie vor der Entsendung Versicherter einer gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung in Deutschland waren, sollten Sie Kontakt zu dieser Krankenkasse aufnehmen, um die verschiedenen Möglichkeiten für eine Weiterversicherung abzuklären.

### **Wie kündige ich bei der endgültigen Rückkehr die Mitgliedschaft?**

Ihr Personalwesen befristet den Zeitraum der Mitgliedschaft von vornherein, so dass Ihre Mitgliedschaft automatisch endet, ohne dass es einer Kündigung Ihrerseits bedarf. Sollte sich die Dauer Ihres Auslandseinsatzes verkürzen bzw. verlängern, informiert das Personalwesen Ihrer Heimatgesellschaft automatisch die caregroup den Auslandsservice der Volkswagen Group Services GmbH.

Sie profitieren im Krankheitsfall von unseren umfassenden Kenntnissen über medizinische Angebotsstrukturen im In- und Ausland.

Sie haben Fragen? Rufen Sie uns an – wir helfen Ihnen gern weiter. Rund um die Uhr – 7 Tage in der Woche:

Helpline:

+49 5361 8344 1188

## Definition

Zur Klärung und Vermeidung von Missverständnissen wird die Bedeutung der in diesem Leitfaden verwendeten Begriffe und Ausdrücke wie folgt definiert:

**1. Alternativmedizin.** Unter Alternativmedizin versteht man Behandlungsmethoden und diagnostische Konzepte, die alternativ oder ergänzend zur Schulmedizin praktiziert werden. Dazu gehören Naturheilverfahren, Osteopathie, Akupunktur, Chiropraktik, TCM und Homöopathie (ausschließlich erstattungsfähig sind verschriebene Globuli – auch Streukügelchen genannt).

Die aufgeführten Leistungen können im Rahmen des Maximalwertes von 750 Euro nur dann erstattet werden, wenn sie vom einen Facharzt mit einer Zusatzausbildung in Homöopathie oder Naturheilverfahren verordnet wurden.

**2. Ambulante Operation** ist eine chirurgische Maßnahme, welche in einer Arztpraxis, einer ambulanten Abteilung eines Krankenhauses oder einer Tagesklinik durchgeführt wird und die aus medizinischer Sicht keine Übernachtung für den Patienten erfordert. Dies gilt analog der gesetzlichen Krankenversicherung.

**3. Angehörige oder begleitende Familie** sind die mit Ihnen entsandten

und die für die caregroup angemeldeten Familienangehörigen oder Partner, die mit Ihnen den Haushalt während des Auslandsaufenthaltes teilen, nicht jedoch besuchende Familienangehörige aus dem Herkunfts- oder Heimatland.

**4. Arzneimittel** sind Stoffe und Zubereitung von Stoffen, die zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten am Menschen angewendet werden oder Funktionen im Körper wiederherstellen, korrigieren oder beeinflussen. Von der caregroup übernommen werden grundsätzlich nur verschreibungspflichtige Arzneimittel, welche die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland als Regelleistung vorsieht. Diese Medikamente sind nur mit Rezept vom behandelnden Arzt in der Apotheke erhältlich. Bitte beachten Sie, dass verschreibungspflichtige Medikamente nur unter Vorlage des Originalrezeptes und unter Angabe der Diagnose erstattungsfähig sind.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind apothekenpflichtige Medikamente, die ohne Rezept erhältlich sind. Daher werden sie OTC Produkte (over the counter: über die Ladentheke verkauft) genannt. Beachten Sie, dass OTC-Arzneimittel und sogenannte Life-Style-Produkte nicht erstattungsfähig sind, auch wenn sie vom Arzt verschrieben wurden. Produkte, die als Vitamine oder Mineralien klassifiziert sind, Nahrungsmittel, Diätprodukte, Stärkungsmittel sowie kosmetische Produkte, die zur Vorbeugung oder gewohnheitsmäßig benutzt werden, sind ebenso

## Definition

nicht erstattungsfähig, auch wenn sie medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben sind.

Ebenfalls nicht erstattet werden u.a. Reinigungsmittel, wie z.B. Brillenputztücher, Benetzungstropfen, Kontaktlinsenpflegeprodukte, Etais, normales Verbandsmaterial, wie z.B. Kinderpflaster.

**5. Arzt** ist ein Mediziner (Allgemeinmediziner oder Facharzt) oder Inhaber eines medizinischen Diploms, der gesetzlich anerkannt ist und in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen Heilbehandlung zugelassen ist. Der Arzt, der diese Kriterien erfüllt, kann frei gewählt werden.

**6. Behandlung** ist ein definiertes medizinisches Verfahren zur Heilung oder Milderung von Krankheiten oder Verletzungen.

**7. Drittland** ist das Land, in das das Mitglied z.B. zwecks Dienstreise oder Urlaub während seines Auslandseinsatzes reist. Hierbei handelt es sich weder um das Heimat- noch um das Gastland.

**8. Freiverkäufliche Arzneimittel** sind Arzneimittel, die von der Apothekenpflicht ausgenommen sind. Sie bedürfen keiner zusätzlichen Beratung durch einen Apotheker und können daher außerhalb der Apotheke abgegeben werden (z.B. in Sanitätshäusern, Drogerien). Diese Arzneimittel sind ohne ärztliches Rezept erhältlich und werden nicht erstattet.

**9. Gastland** ist das Land, in dem Sie und Ihre begleitenden Angehörigen während des Auslandsaufenthaltes leben und arbeiten.

**10. Gesundheits-Check-Up** (für Mitarbeiter ab dem 18. Lebensjahr) sollte möglichst beim Gesundheitswesen der jeweiligen Gesellschaften oder während des Heimaturlaubs beim Gesundheitswesen des entsendenden Standortes durchgeführt werden. Es gelten die üblichen Check-Up Intervalle der jeweiligen Gesellschaften.

Falls dies nicht möglich ist (Mitarbeiter und Familienangehörige ab dem 18. Lebensjahr) können die Untersuchungen, entsprechend den üblichen Check-Up Intervalle der jeweiligen Gesellschaften, im Rahmen eines Maximalwertes von 800 Euro pro Mitglied bei einem Leistungserbringer ihrer Wahl durchgeführt werden. Zu dem Check-Up gehören u.a.: Anamnese, Ganzkörperliche Untersuchung, Blutdruckmessung, kl. Blutbild, Blutzucker, Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Urinanalyse.

**11. Häusliche Krankenpflege** bezeichnet die von einem Arzt verordneten, medizinischen Dienste einer Krankenschwester oder einer ähnlich ausgebildeten Person. Voraussetzung ist, dass dadurch ein notwendiger Krankenhausaufenthalt vermieden, verkürzt oder ersetzt werden kann. Eine vorherige Kostenzusage ist erforderlich.

**12. Hebammenleistungen:** Das Mitglied hat Anspruch auf eine Hebamme

## Definition

vor, während und nach der Geburt gemäß der Hebammenrichtlinien der GKV. In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch erstattungsfähig. In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 30 Leistungen erstattungsfähig. Mehr als 30 Leistungen sind nur erstattungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.

**13. Heilbehandlung** ist eine diagnostische und therapeutische Maßnahme, die dazu dient, Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Verletzungen zu erkennen, zu lindern oder zu heilen.

**14. Heil- und Kostenplan (HKP)** für kieferorthopädische oder prothetische Leistungen stellt eine geplante Versorgung und deren voraussichtliche Kosten detailliert dar. Der HKP erfüllt im Kern die Funktion eines Angebotes des Zahnarztes und dient der Klärung, inwieweit Kosten von dem Patienten, dem Leistungsträger oder anderen Stellen zu tragen sind.

**15. Heimatland** ist das Land, aus dem Sie und Ihre begleitenden Angehörigen vom Arbeitgeber entsandt worden sind.

**16. Herkunftsland**, auch Geburtsland, ist das Land, in dem Sie geboren wurden. Das Herkunftsland kann vom Heimatland abweichen.

**17. Höchstbeträge** sind die maximal erstattungsfähigen Beträge. Alle Höchstbeträge gelten pro angemeldeter Person und Jahr der Mitgliedschaft.

**18. Impfungen und Prophylaxen** schützen vor gefährlichen Erkrankungen. Kosten für vorgeschriebene, medizinisch notwendige Impfungen, die von der ständigen Impfkommision (STIKO) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen werden, sind erstattungsfähig. Kosten für erforderliche Prophylaxen und Impfungen in Zusammenhang mit Ihrem Aufenthaltsland werden übernommen, soweit sie nicht durch den werksärztlichen Dienst als Sachleistung erbracht werden. Impfungen sind bei dem jeweiligen Gesundheitswesen durchzuführen. Informationen und Ansprechpartner finden Sie unter: <http://gesundheit.wob.vw.vwg> und [http://audi-mynet.web.audi.vwg/wps/myportal?uniqueName=cqp.fit\\_und\\_gesund](http://audi-mynet.web.audi.vwg/wps/myportal?uniqueName=cqp.fit_und_gesund)

**19. Kieferorthopädische Leistung** ist die Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen durch spezielle Behandlungsapparate. Die Behandlung muss vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen haben und ein Heil- und Kostenplan für die gesamte Behandlung vor dem Behandlungsbeginn eingereicht werden. Die Aligner-Therapie und kieferorthopädische Leistungen, die in Verbindung mit einem späteren Zahnersatz stehen, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

## Definition

**20. Knochenmarks- und Organtransplantation** bezeichnet die chirurgischen Maßnahmen zur Übertragung eines Organ- und/oder Gewebetransplantats, wie z.B. Herz, Herzklappen, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Niere, Knochenmark, Nebenschilddrüse, Muskel/Skelett und Hornhaut.

**21. Kosmetische/plastische Operationen** sind nur in Ausnahmefällen erstattungsfähig, z.B. bei Operationen zur Wiederherstellung der Funktion, äußeren Erscheinung nach einem Unfall oder im Rahmen einer chirurgischen Behandlung in Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung. Eine vorherige Kostenzusage ist erforderlich.

**22. Krankenhaus** ist eine Einrichtung, die in dem Land, in dem sie betrieben wird, als medizinische oder chirurgische Klinik zugelassen ist. In einer solchen Einrichtung wird der Patient ständig von einem Arzt überwacht. Das Mitglied der caregroup hat bei der Unterbringung im Krankenhaus Anspruch auf Einbettzimmer und Chefarztbehandlung ohne zeitliche Begrenzung. Als Krankenhäuser gelten nicht Erholungs- und Pflegeheime, Kur- oder Badezentren sowie Sanatorien.

Bitte beachten Sie, dass bei einem geplanten oder ungeplanten Kaiserschnitt eine Diagnose bezüglich der medizinischen Notwendigkeit dringend erforderlich ist.

**23. Krankentransport** ist ein medizinisch notwendiger Transport zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall durch anerkannte Rettungsdienste mit in der Situation angemessenen Transportmitteln in das nächstgelegene und geeignete Krankenhaus oder eine andere medizinische Einrichtung.

**24. Künstliche Befruchtung** ist eine medizinische Behandlung, die darauf abzielt, eine Schwangerschaft in die Wege zu leiten. Vor Beginn der Behandlung ist eine vorherige Kostenzusage unter Vorlage ärztlicher Befundberichte sowie eines Behandlungsplans zwingend notwendig. Dieser muss maximal drei in Folge geplante Zyklen umfassen. Ein Leistungsanspruch besteht auf 50% der Kosten bis zu max. 4000 EUR pro Versuch (begrenzt auf vier Versuche) – inklusive Labor- und Medikamentenkosten. Die Leistung erhalten ausschließlich Ehepaare im homologen System.

Zu den Voraussetzungen zählen, dass das Mitglied das 25. Lebensjahr vollendet hat, aber nicht älter als 45 (Frauen) bzw. 50 (Männer) Jahre alt ist. Befinden Sie sich allerdings bereits im 45. (44 Jahre, Frau) bzw. 50. (49 Jahre, Mann) Lebensjahr, ist jeweils nur ein Versuch erstattungsfähig.

**25. Laborleistungen** (ambulant und stationär): Alle medizinisch notwendigen Untersuchungen abhängig von der Diagnosestellung des beauftragenden Arztes. Nicht erstattungsfähig sind dagegen Laboruntersuchun-



## Definition

gen über das vom gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) definierte Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Patientenversorgung hinaus.

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine antragspflichtige Leistung handelt, sollten die Laborkosten den Betrag von 200 EUR überschreiten.

**26. Medizinisch empfohlene Vorsorgeuntersuchungen** helfen, Krankheiten schon im Frühstadium zu erkennen und erfolgreich zu behandeln.

Zu den medizinisch empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen gehören die Untersuchungen U1 bis U10 sowie J1 und J2 zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes.

Für Frauen zählen zu den Vorsorgeuntersuchungen:

Genitaluntersuchung (ab dem 20. Lebensjahr, jährlich)

Brust- und Hautuntersuchung (ab dem 30. Lebensjahr, jährlich), Dickdarm- und Rektumuntersuchung (ab dem 50. Lebensjahr, jährlich), Darmspiegelung (ab dem 50. Lebensjahr, alle zwei Jahre), Mammographie-Screening (ab dem 50. Lebensjahr bis zum 69. Lebensjahr, alle zwei Jahre).

Die medizinisch empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen bei Männern sind:

Prostata-, Genital- und Hautuntersuchung (ab dem 45. Lebensjahr, jähr-

lich), Dickdarm- und Rektumuntersuchung (ab dem 50. Lebensjahr, jährlich), Darmspiegelung (ab dem 50. Lebensjahr, alle zwei Jahre).

**27. Medizinische Hilfsmittel** – gemäß gesetzlichen Hilfs- und Heilmittelkatalog - sind sachliche, verschriebene, medizinische Leistungen. Dazu gehören u.a. Körperersatzstücke, orthopädische Hilfsmittel, Geh- und Stützapparate, Hörhilfen, Stomaverbrauchsmaterialien, Bruchbänder, Unterleibsbandagen, Kompressionsstrümpfe. Außerdem sind dies Leistungen, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (z.B. Spritzen, Inhalationsgeräte und ähnliche Applikationshilfen). Dazu zählen auch Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Hilfsmittel müssen von einem Arzt verordnet worden sein und dürfen nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände angesehen werden.

**28. Medizinisch oder kriminologisch indizierter Schwangerschaftsabbruch** liegt vor, wenn die Gesundheit der Frau durch die Schwangerschaft gefährdet ist oder dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf einem Sexualdelikt (sexueller Missbrauch von Kindern und Widerstandsunfähigen, Vergewaltigung oder sexueller Nötigung) beruht. Ein medizinisches Attest unter Angabe der Indikation und Diagnose ist zusammen mit einem Kostenvoranschlag einzureichen.

## Definition

**29. Medizinisch notwendiger Rücktransport** ist eine medizinisch angeordnete Rückführung der angemeldeten Person in das Heimatland, wenn nach einem Unfall oder einer schweren Krankheit, für die Leistungsanspruch besteht, und aus medizinischer Sicht eine eigenständige Reise nicht möglich ist. Die medizinische Notwendigkeit des Transportes muss durch Ihren behandelnden Arzt attestiert sowie der Transport vorher bei der caregroup beantragt und genehmigt werden. Dem Antrag sind das ärztliche Attest und eine unterschriebene Schweigepflichtsentbindung beizufügen.

**30. Das Mitgliedsjahr** beginnt mit dem durch das Personalwesen festgelegten Start der Mitgliedschaft bei der caregroup. Das nächste Mitgliedsjahr startet nach Ablauf von zwölf Monaten.

**31. Ein Notfall** liegt vor, wenn ein Unfall oder ein sonstiges Unglück, ein akuter Beginn oder eine akute Verschlimmerung einer schweren Krankheit eine unmittelbare Bedrohung der Gesundheit darstellt und deshalb dringende medizinische Maßnahmen erforderlich sind.

**32. Physiotherapeutische Maßnahmen** beinhalten z.B. folgende physikalisch medizinische Leistungen: Krankengymnastik und Bewegungsübung, Massage, manuelle Therapie (MT), Lymphdrainage. Diese müssen von einer entsprechend qualifizierten Person ausgeführt werden und von ei-

nem Arzt verordnet worden sein. Die Verordnung muss vor Behandlungsbeginn ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten. Maximal sind 12 verschriebene Sitzungen mit bis zu 150 EUR je Behandlungstag erstattungsfähig.

**33. Präventionskurse** zu den Gesundheitsthemen Ernährung, Bewegung, Entspannung sowie Entwöhnung von Genuss- und Suchtmitteln sind erstattungsfähig. Bei regelmäßiger Teilnahme von mindestens 80 Prozent der Kurstermine erstatten wir Ihnen maximal 90 Euro pro Kurs, für bis zu zwei Kurse je Mitgliedsjahr.

**34. Psychiatrische Behandlung/Psychotherapie** ist die Behandlung einer klinisch bedeutsamen, psychischen oder psychiatrischen Störung, die eine erhebliche Beeinträchtigung der persönlichen Fähigkeiten in wichtigen Lebensfunktionen (z.B. Erwerbsfähigkeit) zur Folge hat. Die Störungen müssen entsprechend der Kriterien eines anerkannten Klassifizierungssystems (z.B. ICD-10) verschlüsselbar sein. Nicht erstattungsfähig sind Paartherapien.

**35. Rehabilitation** ist die spezifische Behandlung in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung nach einer akuten Verletzung oder Erkrankung, bei der die Wiederherstellung der normalen Funktion und/oder Form ei-

## Definition

nes Körperteils und/oder Organs im Vordergrund steht. Dazu gehören u.a. Physiotherapie, Massagen, Krankengymnastik, Packungen, Wärme- und Elektrotherapie. Für Rehabilitationsmaßnahmen ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich. Sie ist nur dann einzureichen, wenn kein anderer Träger (z.B. Rentenversicherung) dafür zuständig ist. Das Ablehnungsschreiben des anderen Trägers ist zusammen mit dem Kostenvoranschlag einzureichen.

**36. Schwangerschaftskurse** umfassen sowohl Geburtsvorbereitungskurse als auch Rückbildungsgymnastik. Die Kosten werden ausschließlich für Frauen übernommen. Eine Teilnahmebescheinigung einer Hebamme ist unter Angabe des Gesamtpreises für den Kurs einzureichen.

**37. Sehhilfe** ist ein optisches Gerät, das zum Ausgleich von Fehlsichtigkeit oder zur Verbesserung der Sehleistung eingesetzt wird. Zu den Sehhilfen gehören in erster Linie Brillen und Kontaktlinsen. Hierzu ist eine Verordnung oder die Dioptrienstärke auf der Rechnung notwendig.

Erstattungsfähig sind nur die Rechnungen aus den Ländern, für die Sie bei der caregroup angemeldet sind (Gastland und ggf. Heimatland).

**38. Spesenfrei** d.h. es werden von uns keine Gebühren bei der Überweisung der Erstattungsbeträge erhoben.

**39. Tagesklinik bzw. teilstationäre Behandlung** ist eine Behandlung, die in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik während des Tages durchgeführt wird. Das Mitglied hat Anspruch auf Einbettzimmer und Chefarztbehandlung. Die Übernachtung des Patienten ist nicht oder nicht mehr medizinisch notwendig.

**40. Überführung im Todesfall** ist die Rückführung Verstorbener aus dem Ausland an den Heimatort. Von der Kostenübernahme ausgeschlossen sind Beerdigungskosten.

**41. Verschriebene Haushaltshilfe** wird erstattet, wenn und solange dem Mitglied wegen einer Krankheit oder einer Krankenhausbehandlung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 20 Arbeitstagen max. 8 Stunden pro Tag je Erkrankungsfall (in begründeten Ausnahmefällen bis zu weiteren zehn Arbeitstagen) gewährt. Die Vergütung erfolgt nur zu den ortsüblichen Stundensätzen.

## Definition

**42. Verschriebene Kontrazeptiva** (empfangnisverhütende Mittel) sind erstattungsfähig für weibliche Mitglieder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Die Einlage einer Spirale wird nicht übernommen.

**43. Verschriebene Sprachtherapie** dient zur Behandlung einer diagnostizierten Beeinträchtigung, wie z.B. nasaler Obstruktion, neurologischer Störungen (linguale Parese, Gehirnverletzung etc.) oder bei Artikulationsstörungen aufgrund anatomischer Missbildungen im Mundbereich (z.B. Gaumenspalte). Bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen – sofern sie von einem Kinderarzt oder HNO-Arzt verordnet sind – übernehmen wir die verordneten Übungsbehandlungen, wenn diese von einem Logopäden oder Sprachheiltherapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung muss vor Behandlungsbeginn ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten. Maximal sind 10 verschriebene Sitzungen erstattungsfähig.

**44. Vorherige Kostenzusage** bedeutet, dass vor Beginn der Behandlung eine Zusage zur Übernahme der Kosten über die caregroup – den Auslandsservice der Volkswagen Group Services GmbH erforderlich ist. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt „Unsere Leistungen“, um zu sehen, bei welchen Behandlungen eine vorherige Kostenzusage notwendig ist.

**45. Zahnbehandlungen** sind zahnmedizinische Behandlungen, die unter die Leistungsbeschreibung der allgemeinen zahnärztlichen Leistungen fallen. Von der Erstattung ausgeschlossen ist die Verwendung von hochwertigen Kompositfüllungen (Inserts) bei Milchzähnen. Professionelle Zahnreinigung unter dem 12. Lebensjahr sind von der Erstattung ausgeschlossen. Selbstverständlich übernehmen wir die Entfernung von Zahnbelägen.

**46. Zahnersatz** sind prothetische Leistungen wie z.B. Kronen, Inlays, Onlays, Implantate oder Brücken.

Unter Zahnersatz sind auch alle weiteren zahnmedizinischen Leistungen zu verstehen, die in Zusammenhang mit einer prothetischen Behandlung stehen (z.B. Labor- und Materialkosten). Kieferorthopädische Leistungen, die in Verbindung mit einem späteren Zahnersatz stehen, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

Bitte bedenken Sie, dass für – bei Beginn der Mitgliedschaft – fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne kein Anspruch auf Zahnersatz besteht. In den ersten 15 Monaten der Mitgliedschaft besteht lediglich Leistungsanspruch auf eine Akut- oder Notfallversorgung. Zur Prüfung und ggf. Genehmigung eines Zahnersatzes benötigen wir im Voraus:

Heil- und Kostenplan, Röntgenbilder

Bitte beachten Sie hierzu die Angaben ab Seite 16 ff.

## Kontaktdaten

Haben Sie Fragen zum Leistungsanspruch? Das Team des Auslandsservice der Volkswagen Group Services GmbH steht Ihnen bei Fragen rund um Serviceleistungen gern zur Verfügung.

### Sie erreichen uns:

Montags bis Donnerstags: 8 – 18 Uhr (MEZ/MESZ)

Freitags: 8 – 17 Uhr (MEZ/MESZ)

Telefon **+49 5361 8344-1188**

Außerhalb unserer Öffnungszeiten betreut der **Malteser Hilfsdienst** unsere 24/7 Hotline als **medizinische Assistance**.

Zu den Aufgaben der Malteser gehören unter anderen:

- Aufnahme und Weiterleitung von Kundenanliegen
- Information, Betreuung und Organisation bei ambulanten oder stationären Behandlungen
- Durchführung von ärztlichen Beratungsgesprächen
- Organisation von medizinisch notwendigen Rücktransporten

Sollte es sich um einen Wege oder Arbeitsunfall handeln, dann bitten wir Sie darum, sich umgehend mit Ihrer Berufsgenossenschaft in Verbindung zu setzen.

**AUDI Mitarbeiter melden sich bei der zuständigen Sanitätsstelle.**

**Volkswagen Mitarbeiter melden sich per Email bei der Arbeitssicherheit.**

BG Holz und Metall Notrufnummer

+49 6131 802 18008 | Fax: +49 621 5490029

Email: [assistance@md-medicus.net](mailto:assistance@md-medicus.net)

<http://www.bghm.de/arbeitnehmer/versicherungsschutz/im-ausland-beschaeftigt/>

Oder Sie schreiben uns eine E-Mail:

**[auslandsservice@volkswagen-groupservices.com](mailto:auslandsservice@volkswagen-groupservices.com)**

Natürlich freuen wir uns über einen persönlichen Besuch von Ihnen:

**Volkswagen Group Services GmbH**

**caregroup/Auslandsservice**

**John-F.- Kennedy-Allee 52**

**D-38444 Wolfsburg**

## Für Mitglieder, die in den USA und Mexiko arbeiten und leben:

Wir halten für Sie ein gesondertes Informationsblatt bereit und beraten Sie gern vor Ihrer Abreise.

Bitte berücksichtigen Sie vorab, dass Direktabrechnungen sowie Kostenzusagen in den USA über unseren Partner Olympus Managed Health Care und in Mexiko über unseren Partner CNI – Choicenet International bearbeitet werden.

Ausschließlich Erstattungsvorgänge müssen direkt an uns gesendet werden.

### Für Fragen und Informationen in den USA:

Global Excel

Hotline: 1-305-4594885 oder toll-free

1-800281-4190 (USA/Kanada; 24 h)

olympus@omhc.com

www.omhc.com

USA: <http://omhc.com/autovision/>

Chattanooga: <http://omhc.com/autovision-tn>

### Für Fragen und Informationen in Mexiko:

CNI – Choicenet International

toll-free 01 (800) 681.1592

+1 (786) 515.0467

01.55.41.70.81.50

CNIteam@choicenet.mx

www.choicenet.mx

**Postadresse:**

Volkswagen Group Services GmbH  
caregroup/Auslandsservice  
Major-Hirst-Straße 11  
D-38442 Wolfsburg

**Besucheradresse:**

Volkswagen Group Services GmbH  
caregroup/Auslandsservice  
John-F.- Kennedy-Allee 52  
D-38444 Wolfsburg

Tel. +49 5361 8344 1188

Fax +49 5361 957 57895

[auslandsservice@volkswagen-groupservices.com](mailto:auslandsservice@volkswagen-groupservices.com)

<http://caregroup.volkswagen-groupservices.com>

**Herausgeber:**

Volkswagen Group Services GmbH

**Projektleitung:**

Julia Rösler

**Satz & Layout:**

Marketing Services Creative Group (MSCG)

**Stand:**

Januar 2019