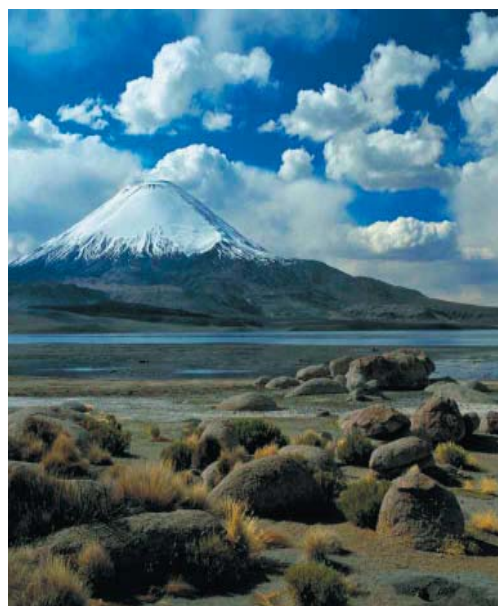


Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

Ländermerkblatt Chile



Stand 09/2004



German Healthcare Portal
for Expatriates

German Healthcare Portal for Expatriates

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

Chile hat kulturbedingt eine vom deutschen System deutlich abweichende Krankenversicherung. 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 Chile in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit chilenisches 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 Chile 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“.

Deutsche Expatriates in Chile

Chile verfügt für seine Einwohner über ein staatliches Pflichtversicherungssystem, welches auch für Ausländer gilt. Während einer beruflichen Tätigkeit in Chile müssen Expatriates den Nachweis erbringen krankenversichert zu sein. Allerdings sind sie in der Wahl des Trägers frei. Neben der staatlichen Krankenversicherung (FONASA) dient auch eine private Krankenversicherung, die „Instituciones de Salud Previsional“ im Rahmen des Pflichtversicherungsgedanken. Der Beitrag ist vom Versicherten zu tragen, wobei der Arbeitgeber verpflichtet ist, einen Zuschuss von 7% des Bruttoeinkommens zu leisten.

Da das Niveau der staatlichen Krankenversorgung deutlich niedriger ist als in der Bundesrepublik, wird dem ausländischen Arbeitnehmer empfohlen, sich privat zu versichern, um die finanziellen Risiken einer Krankheit abzudecken.

Als weitere Alternative besteht die Möglichkeit sich über eine international arbeitende Versicherungsgesellschaft einen entsprechenden Krankenversicherungsschutz zu besorgen. Hierbei bieten auch deutsche Krankenversicherer hochwertige Policen an.



Rechtliche Rahmenbestimmungen

Grundsätzlich wird chilenisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Arbeitnehmer in Chile 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 chilenisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Chile besitzt. Das undurchsichtige Finanzierungs- und Leistungssystem in Chile 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 Chile. 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 handeln.

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

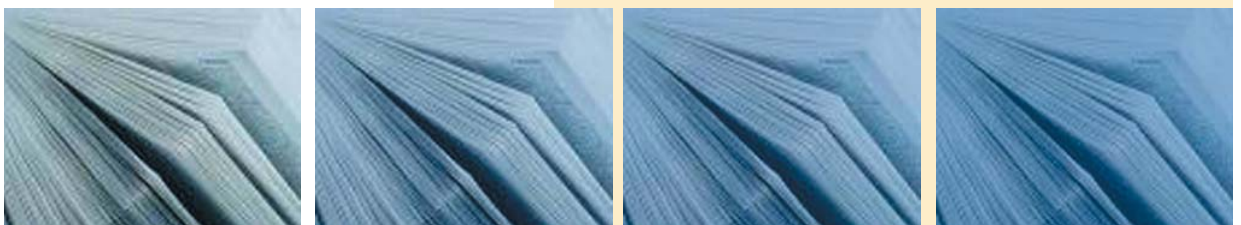
Der Zeitraum für diese Entsendung ist im vornherein zeitlich begrenzt, stets mit der mit Zielsetzung, dass der Entsandte anschließend wieder in die Bundesrepublik zurückkehrt und unter Aufrechterhaltung der Maßgabe, dass er auch während seines Aufenthaltes im Ausland weiter in seinem deutschen Betrieb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

www.germanhealthcare.org



Die chilenische Krankenversorgung

Chile war das erste Land in Lateinamerika, das sein bis dahin überwiegend staatlich organisiertes Gesundheitswesen einer grundlegenden Reform unterwarf. Unter den politischen Rahmenbedingungen einer autoritären Militärregierung erfolgte in der zweiten Hälfte der 70er Jahre eine umfassende, monetaristisch orientierte Strukturanpassung der gesamten chilenischen Volkswirtschaft. Chile besitzt seit diesen Reformen ein zweigliedriges Krankenversicherungssystem mit markt-orientierten Strukturen einer Sozialversicherung.

Das Kernelement der chilenischen Gesundheitsreform vom Beginn der 80er Jahre war die Einführung eines privaten Versicherungssystem ISAPREs (Instituciones de Salud Previsional), dass neben der öffentlichen Krankenversicherung FONASA (Fondo Navional de Salud) als privat organisierte Krankenversicherung besteht. Im Prinzip können die Chilenen heute frei zwischen öffentlichen und verschiedenen privaten Krankenversicherungen wählen.

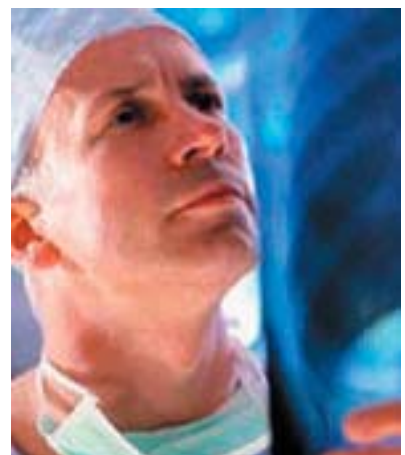
Die Versicherungsfunktion der öffentlichen Krankenkasse FONASA basiert ähnlich wie in der Bundesrepublik auf dem Solidaritätsprinzip: Die Beiträge berechnen sich auf der Grundlage des Einkommens, Art und Umfang der Leistungen richten sich jedoch nach dem Bedarf der Betroffenen. Die Solidargemeinschaft der Versicherten gleicht unterschiedlich verteilte Risiken aus. Innerhalb der Grundgesamtheit bringt das Finanzierungssystem der öffentlichen Krankenversicherung verschiedene Umverteilungsmechanismen mit sich. So findet eine Redistribution von Gesunden zu Kranken statt, ebenso von jungen zu älteren und von kinderlosen zu kinderreichen Versicherten. Die Prämien werden auf der Grundlage des Bruttoeinkommens und unabhängig von Risikomerkmale, wie Alter und Gesundheit berechnet, so dass eine Umverteilung von den oberen zu den unteren Einkommensgruppen statt. Der Beitragssatz liegt bei ca. 7% des Einkommens.

Das Leistungsspektrum wurde durch die Gesundheitsreform ab 1986 mit hohen Selbstbeteiligungen belastet. Zur Berechnung der Zuzahlungshöhe im Krankheitsfall werden die FONASA-Versicherten in Abhängigkeit vom monatlichen Bruttoeinkommen, der Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherungsbeiträge, in vier Gruppen unterteilt. Mittlere Einkommensgruppen haben einen Zuzahlungsbetrag von 10%, Besserverdiener sogar von 20% der medizinischen Leistungen.

Die Nutzung privater Einrichtungen auf dem Gesundheitsmarkt ist für FONASA-Versicherte in jedem Fall mit einer höheren Eigenbeteiligung verbunden, denn die öffentliche Krankenkasse übernimmt in derartigen Fällen nicht mehr als 50% der Kosten für die verschiedenen Leistungen.

Die private Krankenversicherung basiert im Gegensatz zum klassischen universellen und solidarisch organisiertem Krankenversicherungssystem auf dem Äquivalenzprinzip.

Obwohl die ursprüngliche Gesetzgebung keine Unterscheidungen vorsah, bildeten sich von Anfang an zwei verschiedene Arten von privaten Krankenversicherungen heraus, die in der Folge als „offene“ und „geschlossene“ ISAPREs bezeichnet werden.



Erstere bieten Versicherungsleistungen sämtlichen abhängig oder selbständig Beschäftigten an und sind somit ohne Einschränkungen „offen“ für den gesamten Versicherungsmarkt. Die „geschlossenen“ ISAPREs hingegen gehören zu einem Unternehmen oder einer Unternehmensgruppe und stehen allein für deren Mitarbeiter und Beschäftigte zur Verfügung. Diese Betriebskrankenkassen bieten in der Regel allen Versicherten einheitliche Vertragskonditionen bzw. einen einheitlichen Versicherungsvertrag, für den jeweils der Arbeitgeberanteil von 7% des Bruttolohns abgeführt wird. Die geschlossenen ISAPREs arbeiten im Unterschied zu den anderen, offenen Privatversicherungen nicht gewinnorientiert und stellen faktisch solidarisch organisierte Sozialversicherungen dar, in denen jeder Versicherungsnehmer den gleichen Schutz und Anspruch auf dieselben Leistungen besitzt.

Für die private Krankenversicherung gilt gleichermaßen die im Sozialversicherungssystem vorgeschriebene Pflichtabgabe von 7% des Bruttoeinkommens. Unabhängig von diesem Pflichtbeitrag kann die ISAPRE mit dem Versicherungsnehmer auf Wunsch individuelle auch höhere Prämien vereinbaren, um den Zugang zu Verträgen mit besserer und mit umfangreicherer Risikoabdeckung zu ermöglichen.

Diese exogene Festschreibung der Versicherungsprämien für die quasi stetige Variable des Monatseinkommens bis zur Bemessungsgrenze erklärt zum Teil die nahezu unüberschaubare Zahl von Versicherungsverträgen. Ende der 90er Jahre bot der private Krankenversicherungsmarkt nicht weniger als 8.000 verschiedene Leistungspakete an, um Verträge für möglichst viele Arbeitnehmer vorhalten zu können, deren Prämien den vorgeschriebenen Krankenkassenbeitrag entsprechen.

Die private Krankenversicherung bildet keine Altersrückstellungen und verteuert sich demnach mit steigendem Alter. In vielen Fällen wird der Beitrag mit dem Erreichen des 46. Lebensjahres mit dem Faktor 1,5 erhöht. Die Private Krankenversicherung kann zudem die Verträge nach Ablauf eines Jahres überarbeiten und dabei für jedes einzelne Vertragsmodell die Tarife anpassen oder die Kostenerstattung für die verschiedenen medizinischen Leistungen ändern.

Das deutsche Krankenversicherungssystem

Betrachten wir das deutsche Gesundheitswesen, so dominieren zwei Träger: die gesetzliche (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV). Eine Besonderheit unseres Gesundheitswesens ist, dass die PKV neben der GKV als eine substitutive Einrichtung existiert. Grundsätzlich haben Bundesbürger die Wahl zwischen den Systemen. Allerdings schränkt das Sozialgesetzbuch einige Gruppen in ihrer Wahlfreiheit, ob sie gesetzlich oder privat versichert sein wollen, ein. Die im § 6 SGB V definierten Gruppen wie Beamte, Selbstständige und Angestellte mit einem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (derzeit 46.350 Euro) haben das Wahlrecht zwischen den Institutionen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Alle übrigen Bundesbürger sind in den gesetzlichen Kassen pflichtversichert. Erfahrungsgemäß gehören die Expatriates zu der Einkommensklasse der freiwillig Versicherten. Im Folgenden werden beide Systeme in ihrer Besonderheit der Leistung und Rechnungserstattung für die Region Chile dargestellt.



Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Chile

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 Chile 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 Chile das Sachleistungsprinzip nicht wie im deutschen System gilt, und da die deutschen Krankenkassen mit Leistungsträgern in Chile 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.

Durch dieses Gesetz verpflichtet sich der Arbeitgeber dazu, die im Ausland entstehenden Arztrechnungen für den Beschäftigten in voller Höhe vorzufinanzieren. Danach kann das Unternehmen diese Rechnungen bei der GKV, in die der Angestellte versichert ist, einreichen.

Leider birgt dieses Abrechnungsmodell eklatante Schwächen für die Akteure, da die gesetzliche Krankenversicherung nicht alle Leistungen vollständig anerkennt.

Zum einen werden die Differenzbeträge zwischen realen Kosten im Ausland und den tatsächlich erstatteten Beträgen durch die gesetzliche Krankenversicherung auf den Arbeitnehmer umgelegt, zum anderen sind nicht alle Leistungsbereiche im SGB geregelt. Kosten der Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschutz unterliegen §§ 195 bis 200g der Reichsversicherungsordnung (RVO) und werden von keinem Träger finanziert.

Diese Kosten kann der Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer in Rechnung stellen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese Kostenbelastung mit entsprechenden Versicherungsprodukten abzudecken.

Auch birgt dieses Abrechnungssystem datenschutztechnische Tücken. Voraussetzung für die Kostenerstattung bei den entsprechenden Krankenkassen sind detaillierte Rechnungen, die im Vorwege dem Arbeitgeber für die Vorfinanzierung an die Hand gegeben werden. Parallel hat aber der Arbeitgeber kein Recht, im Sinne des Datenschutzes diese Rechnungen, die Auskunft über Art der Erkrankungen erteilt, einzusehen.

Aus diesen Gründen ist es sinnvoll, bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV die Private Vollversicherung als ernstzunehmende Alternative zu diskutieren.

Abrechnungsmodell



Leistungen der privaten Krankenversicherung im Ausland

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Leistungen bei der privaten Krankenversicherung individuell von Versicherungsgesellschaft und Versicherungstarif abhängig. Aus diesem Grunde kann man nicht wie bei der Gesetzlichen von einem einheitlichen Leistungskatalog sprechen. Insbesondere hier zeichnet sich die Private jedoch dadurch aus, dass der Versicherte bei Antragstellung seinen Versicherungsschutz auch darüber hinaus im Rahmen der Tarife frei wählen kann. Deshalb kann die private Krankenversicherungswirtschaft flexibel auf die Bedürfnisse der Expatriates reagieren und entsprechende Tarife entwickeln. Grundsätzlich gelten zur Definition der Basisleistung für alle Versicherungsgesellschaften jedoch die gleichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Jede Versicherung kann darüber hinaus Abweichungen, welche die AVB nicht niedriger stellen, frei gestalten. Diese individuellen Details des Leistungsanspruchs der einzelnen Tarife sind ferner in den Tarifbedingungen konkretisiert.

Grundsätzlich ist das Leistungsversprechen privater Krankenversicherer höher. Eine Auflistung der Leistungsunterschiede beider Systeme im Detail würde den Rahmen dieser Broschüre allerdings sprengen.

Zu den Highlights der PKV gehören:

- die freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses auch im Ausland, der Status des Privatpatienten bei Ärzten und in Krankenhäusern (optimale Behandlung, da keine Restriktionen durch Budgets),
- Erstattung der Kosten für Zahnersatz von mindestens 60 Prozent (je nach Tarifwahl bis auf 100 Prozent steigerbar), je nach Tarif Einbettzimmer und Chefarztbehandlung, je nach Tarif Erstattung auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte,
- je nach Tarif Erstattung der Kosten für Heilpraktiker-Behandlung und Psychotherapie, Krankenversicherungsschutz außerhalb des Heimatlandes, höhere Erstattungssätze bei Arzneimittel, Hilfsmittel und Brillen.

Für den im Ausland beschäftigten Angestellten ist vor allem der Geltungsbereich der PKV relevant. In den AVB § 1 Abs. 4 heißt es:

AVB § 1 Abs. 4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Einige deutsche Krankenversicherer bieten überdies Krankenversicherungsschutz ohne Limitierung in der Dauer des Aufenthalts, so dass diese Tarife eine interessante Alternative für alle im Ausland arbeitenden Deutschen sind. Das German-Healthcare-Portal kooperiert nur mit den Gesellschaften, die nicht nur einen vorübergehenden Aufenthalt abdecken, sondern auch Tarife bereitstellen, die auch dauerhaft Ansässige günstig versichern.



Tipps von Experten einholen!

Wann es sinnvoll sein kann, weiterhin Mitglied der gesetzlichen deutschen Krankenversicherung zu bleiben, wann eine Police für „Expatriates“ in Frage kommt oder ob ein Versicherungsschutz im Ausland die Lösung ist, erfährt man bei der Hotline des Kunden-Service-Centers vom **German-Healthcare-Portal**.

Die Spezialisten sind montags bis freitags von **9 bis 16 Uhr** (MEZ) zu erreichen. Die Beratung ist **kostenfrei. + 49 (0) 1805726536**



Bitte senden Sie mir ein konkretes Angebot zu.

Fax 0341-5614556

Firma/Einzelperson

Branche (bei Firma)

Straße

Citycode, Ort

Land

Geburtsdatum (bei Einzelperson)

Telefon

Fax

E-mail

Ansprechpartner (bei Firma)

Anzahl der Mitarbeiter (bei Firma)

Sonstiges

pkvonline.com
Kickerlingsberg 6
04105 Leipzig
Tel: 01805-726536
Fax 0341-5614556



German Healthcare Portal for Expatriates



Disclaimer

Das German-Healthcare-Portal ist eine Informationsplattform der pkvonline.com GmbH. Die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen beruhen auf öffentlich zugänglichen Quellen, die die pkvonline.com GmbH für zuverlässig hält. Die pkvonline.com GmbH kann keine Garantie für die Richtigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit der Angaben übernehmen, und keine Aussage in diesen Texten ist als solche Garantie zu verstehen. Alle Aussagen geben die aktuelle Einschätzung des Verfassers/der Verfasser wieder.

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Meinungen können sich ohne vorherige Ankündigung ändern. Die pkvonline.com GmbH übernimmt in keinster Art die Haftung für die Verwendung dieser Informationen oder deren Inhalt.

Weder diese Veröffentlichung noch ihr Inhalt noch eine Kopie dieser Veröffentlichung darf ohne die vorherige ausdrückliche Erlaubnis von der pkvonline.com GmbH auf irgendeine Weise verändert oder an Dritte verteilt oder übermittelt werden.

pkvonline.com GmbH
Kickerlingsberg 6
04105 Leipzig
Tel: 01805-726536
Fax 0341-5614556
Email info@germanhealthcare.org