Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

Ländermerkblatt Lateinamerika

Stand 09/2004

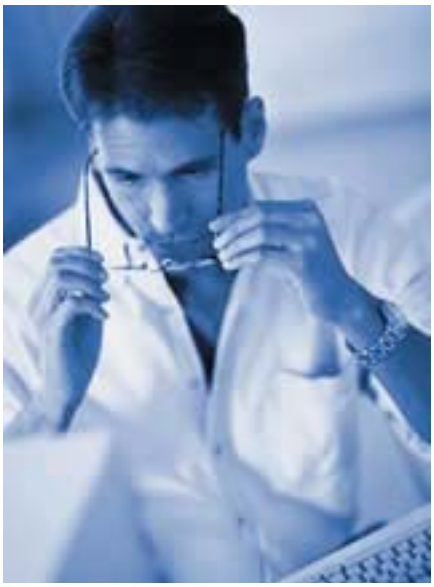
German Healthcare Portal

for Expatriates

Das atomisierte private Modell (Argentinien , Uruguay)

In den Gesundheitssystemen dieses Typus gibt es eine Vielzahl privater Anbieter, die entweder durch direkte private Zahlungen (out-of-pocket payments) oder über third-party-payers (private individuelle oder auch berufsgruppenspezifische Krankenversiche rungsgesellschaften) vergütet werden. Der Staat ist in diesem Modell der provider of last resort für die ärmsten Bevölkerungsteile, aber ein großer Teil der Bevölkerung besitzt eine private Krankenversicherung. In Ländern mit Gesundheitssystemen dieses Modelltyps existiert eine große Bandbreite verschiedener health plans. Unterschiede können bei dem Leistungsumfang, der Wahl der Ärzte oder Krankenhäuser, der Höhe der Zuzahlungen und bei der Qualität der angebotenen Leistungen bestehen.
Die Vielzahl der health plans bzw. der Versicherungspolicen bringt eine Reihe von Problemen mit sich. Die fehlende Transparenz auf dem Versicherungsmarkt und vor allem die bestehenden Informationsdefizite der Konsumenten schränken den tatsächlichen Wettbewerb zwischen den Versicherungen stark ein, auch wenn die Nachfrager formal frei wählen können. Die Versicherer haben die Möglichkeit, die Versicherungsmodalitäten entsprechend der gewünschten Risikostruktur der Versicherten zu gestalten. Das bringt das Problem der Risikoselektion mit sich: Personen mit hohem Krankheitsrisiko werden zu derart schlechten Konditionen versichert bzw. müssen eine derart hohe Versicherungsprämie bezahlen, dass sie faktisch aus der privaten Versicherung gedrängt werden.

Da die Privatversicherer selber die Bedingungen für den Eintritt in ihren Markt bestimmen, während den öffentlichen Institutionen keine Selektionsmöglichkeit zur Verfügung steht und sie somit jeden aufnehmen müssen, landen die einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen in der öffentlichen Versicherung und haben somit nur Zugang zu den oft qualitativ schlechteren Einrichtungen des öffentlichen Sektors. Ein weiteres Problem dieses Modells sind die relativ hohen Kosten. Die adverse Risikoselektion mit dem daraus resultierenden hohen Anteil älterer und kranker Menschen in d er öffentlich en Versicherung konfrontiert die Sozialsysteme mit hohen Ausgaben bei niedrigen Einnahmen. Auch in dem Privatsektor steigen tendenziell die Ausgaben infolge fehlender Anreiz- und Kontrollmechanismen zur Kostensenkung, bei gleichzeitiger Überversorgung mit medizinischen Leistungen durch Anbieterexpansion und Nachfrageinduktion. Zudem sind die Verwaltungs- und Werbungskosten der privaten Versicher ungsgesellschaften oft sehr hoch. Die These, durch die Einführung des atomisierten privaten Modells ließen sich Effizienzsteigerungen in dem Gesundheitssystem realisieren, muss in Anbetracht der relativ schlechten health outcomes in den betrachteten Ländern bei gleichzeitig sehr hohen Gesundheitsausgaben erheblich in Zweifel gezogen werden.



Das segmentierte Modell

In dem segmentierten Modell werden die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Abhängigkeit von ihrem Einkommen unterschiedlichen Segmenten des Gesundheitssystems zugeordnet. Die formell beschäftigten Bevölkerungsteile erfasst die Sozialversicherung, die mittleren und vor allem die oberen Einkommensschichten nehmen private Gesundheitseinrichtungen und zunehmend auch private Versicherungsanbieter in Anspruch.
Die armen Bevölkerungsgruppen, die meist in der Landwirtschaft oder im informellen Sektor beschäftigt sind und somit keinen Zugang zur Sozialversicherung haben, werden von den öffentlichen Einrichtungen der Gesundheitsministerien versorgt, nehmen aber auch private Einrichtungen in Anspruch.
Das Hauptproblem dieses Modells besteht darin, dass die vorhandenen finanziellen Ressourcen sehr ungleichmäßig auf die verschiedenen Segmente des Gesundheitssystems verteilt sind und das öffentliche Gesundheitswesen mit einem chronischen Finanzierungsdefizit zu kämpfen hat. Dies führt in vielen öffentlichen Einrichtungen zu einer Qualitätsverschlechterung der Gesundheitsleistungen, zu langen Wartezeiten, zu Mangel an Personal und grundlegendem medizinischem Material. Diese Probleme sind häufig so schwerwiegend, dass nicht einmal eine adäquate Grundversorgung gewährleistet werden kann und besonders die Bewohner strukturschwacher ländlicher Gebiete faktisch keinen Zugang zu Gesundheitsversorgung besitzen.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die ärmeren Bevölkerungsteile, die grundsätzlich größeren Krankheitsrisiken ausgesetzt sind, zwar die öffentlichen Einrichtungen in Anspruch nehmen können, aber keinen Versicherungsschutz genießen. Da den Patienten in den öffentlichen Einrichtungen mittlerweile meist ein Selbstkostenbeitrag abverlangt wird, müssen z. B. chronisch Kranke, Personen mit kostenintensiven Behandlungen oder große Familien oftmals sehr hohe Gesundheitsausgaben aufbringen.
Der fehlend e Versicherungsschutz verhindert eine finanzielle Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken bzw. zwischen niedrigen und höheren Gesundheitsrisiken.
Auch im Hinblick auf eine effiziente Nutzung der Ressourcen weist das segmentierte Modell erhebliche Mängel auf. So richtet sich z. B. die Mittelallokation im öffentlichen Sektor traditionell nicht nach dem tatsächlichen Bedarf, sondern erfolgt auf der Grundlage historischer Budgets und in Abhängigkeit von den vorhandenen Mitteln. Auch bei den Entlohnungsmechanismen werden falsche Signale gesetzt. Das im öffentlichen Sektor angestellte Personal erhält ein festes Gehalt, es bestehen somit keine finanziellen Anreize, die Effizienz oder die Qualität der Dienstleistungen zu verbessern.
Die Möglichkeit, neben einer öffentlichen Anstellung auch noch privat zu praktizieren, birgt die Gefahr der Nachfrageinduktion durch Selbstzuweisung von Patienten in die Privatpraxis. Das Partialinteresse könnte zudem die Qualität der Behandlung in der öffentlichen Einrichtung beeinträchtigen.

Das öffentliche Vertragsmodell (Brasilien)

Das öffentliche Vertragsmodell ist durch horizontale Integration bei gleichzeitiger Trennung der Funktionen gekennzeichnet. Das Grundprinzip ist die Kombination von öffentlicher Finanzierung und privater Erbringung medizinischer Dienstleistungen. Die öffentliche Hand nimmt hierzu private Anbieter unter Vertrag und agiert nicht selber als Anbieter von Gesundheitsleistungen. Der Staat gibt ein globales Budget vor, aber die finanziellen Ressourcen werden den Anbietern nicht unabhängig von der erbrachten Leistung im Rahmen ein es festgelegten Budgets zugeteilt, sondern in Abhängigkeit von der Produktivität. Der Vorteil dieses Modells besteht zum einen darin, dass zumindest rein theoretisch aufgrund der öffentlichen Finanzierung eine universelle Deckungsbreite gewährleistet wird. Zum anderen ist infolge der Trennung von Finanzierung und Produktion der Dienstleistungen und des damit verbundenen Wettbewerbs zwischen den Anbietern auf dem medizinischen Markt eine Steigerung der Effizienz des Systems zu erwarten. Ein Problem kann sich jedoch aus einer starken Fragmentierung der Gesundheitseinrichtungen entwickeln, was mit einem schwer zu kontrollierenden Anstieg der Kosten verbunden wäre. Großen Einfluss hat hier die Art der Honorierung: In Brasilien werden die Dienstleistungseinrichtungen auf einer fee-per-procedure Basis entlohnt, was die Gefahr einer medizinischen Überversorgung birgt

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 Lateinamerika dargestellt.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Lateinamerika

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 Lateinamerika 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 Arbeitsgeber 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 Lateinamerika das Sachleistungsprinzip nicht wie im deutschen System gilt, und da die deutschen Krankenkassen mit Leistungsträgern in Lateinamerika nicht vertraglich kooperieren.

Mit Hilfe des 17 § SGB V wurde diese Gesetzeslücke geschlossen.

Dort heißt es:

§ 17 Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

(1) Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber. Satz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.

(2) Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Inland entstanden wären.

Abrechnungsmodell

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.

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

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