

System- und Leistungsunterschiede zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV)

Systemunterschiede

	GKV/Gesundheitsfonds	PKV
Versicherung von Familienangehörigen	beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern unter bestimmten Voraussetzungen möglich	Familienversicherung nicht möglich; Beitragszahlung für jedes Familienmitglied
Beiträge	Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen sich den Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Der Arbeitnehmer zahlt zusätzlich noch einen Beitrag von 0,9 %. Beitragsverringerungen für den Arbeitnehmer durch Hausarztтарif, vernetzte Versorgung oder Selbstbehalte möglich (Vorsicht Bindungsfristen)	Die Beiträge richten sich nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand. Der Arbeitgeber zahlt die Hälfte des Beitrages maximal bis zur Hälfte des GKV-Höchstsatzes.
Beitragsbefreiung	Während des Bezuges von Kranken-, Mutterschafts- und Erziehungsgeldes sind keine Beiträge zu bezahlen. Ausnahme freiwillig Krankenversicherte, deren Ehepartner privat versichert ist.	Keine Beitragsbefreiung. Während längerer Krankheit, Mutterschafts- oder Erziehungszeiten sind die Beiträge zu 100 % zu bezahlen, da der Zuschuss des Arbeitgebers entfällt
Stabilität der Beiträge	Beitragsanpassungen (BAP) sind möglich durch: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhung des Beitragssatzes ▪ Reduzierung der Leistung (indirekte BAP) ▪ Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ▪ Erhebung eines Zusatzbeitrags 	Beitragsanpassungen (BAP) sind möglich durch: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhung des Beitrags ▪ Erhöhung der Selbstbeteiligung (indirekte BAP)
Finanzierbarkeit im Alter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umlageverfahren: Einnahmen werden direkt für Ausgaben verwendet. ▪ Abhängig vom Arbeitsmarkt ▪ Abhängig von der Bevölkerungsentwicklung ▪ Zuschuss des Rentenversicherungsträgers: 50 % des Beitrages in Bezug auf die gesetzliche Rente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kapitaldeckung: Kapitalaufbau während der Erwerbszeit durch Bildung von Alterungsrückstellungen und gesetzlicher Zuschlag. ▪ Auffangnetz: Basistarif ▪ Möglichkeit des Einschlusses von Beitragsreduktionskomponenten ▪ Zuschuss des Rentenversicherungsträgers: 50 % des Beitrages, max. 50 % des Beitragssatzes der GKV (7,3 %) in Bezug auf die gesetzliche Rente
Aufnahme	ohne Angaben zur Gesundheit - auch mit Vorerkrankungen möglich	mit Angaben zur Gesundheit – bei Vorerkrankungen: Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Ablehnung möglich
Allgemeiner Leistungsumfang	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetzlich vorgegebener Leistungsumfang ▪ Nicht gesichert. Durch gesetzliche Eingriffe jederzeit änderbar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuell wählbarer Leistungsumfang ▪ Vertraglich festgelegtes Leistungsversprechen. Änderungen nur mit Zustimmung des Versicherten möglich.
Beitragsrückerstattung	bei manchen GKV als Wahlprogramm möglich	Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit möglich
Erstattung	Erstattung nach dem Sachleistungsprinzip - wahlweise auch Kostenerstattungsprinzip	Erstattung nach dem Prinzip der Kostenerstattung
Wechselmöglichkeiten	Wechsel der Krankenkasse nach den üblichen Bindefristen (18 Monate normale Bindefrist und 36 Monate nach Entscheidung für einen Wahlтарif) möglich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rückkehr in die GKV nur möglich bei Einkommensminderung unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze oder ab 55. Lebensjahr bei Bezug von ALG II ▪ Wechsel des privaten Versicherers möglich, infolge des evtl. bzw. teilweise Verlustes bereits erwirtschafteter Alterungsrückstellungen sowie neuer Gesundheitsprüfung jedoch nicht ratsam

System- und Leistungsunterschiede zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV)

Perspektive	Da keine Rücklagen gebildet werden, drohen im Zuge der Alterung der Bevölkerung steigende Beiträge bzw. Leistungskürzungen	Es werden Rückstellungen gebildet, welche die Beiträge im Alter stabil halten sollen. Durch med. Fortschritt und steigende Lebenserwartung sind aber Beitragserhöhungen natürlich.
--------------------	--	--

Leistungsunterschiede

	GKV/Gesundheitsfonds	PKV
Arzt	Behandlung durch Ärzte mit Kassenzulassung im Rahmen der Regelleistungen der Gebührenordnung	Freie Arztwahl: Behandlung als Privatpatient durch Ärzte und Chefarzte, mindestens bis zum Höchstbetrag der Gebührenordnung
Heilpraktiker	keine Leistung gem. gesetzlichem Leistungskatalog, aber Möglichkeit der Mitversicherung gegen Mehrbeitrag bei einigen Kassen	Erstattung von Behandlung bis zum Höchstbetrag der Gebührenordnung + Arzneimitteln
Arznei- u. Verbandmittel	Erstattung aller medizinisch notwendigen und verordneten Medikamente und Verbandmittel (ggfs. nur von Wirkstoffen oder Herstellern, mit denen Vertrag besteht -> Generika) <u>mit Zuzahlung von 10 % des Preises, min. 5,00 Euro, max. 10,00 Euro</u>	Erstattung aller medizinisch notwendigen und verordneten Medikamente und Verbandmittel <u>ohne Zuzahlung</u>
Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Sehhilfen</u>: keine Leistung ▪ <u>Sonstige Hilfsmittel</u>: Werden ersetzt, aber Zuzahlung von 10 % pro Hilfsmittel, min. 5,00 Euro, max. 10,00 Euro ▪ Falls Verträge mit Herstellern bestehen, nur über diese Bezug der Hilfsmittel möglich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Sehhilfen</u>: Erstattung für Brillengläser und Kontaktlinsen; meist auch Brillengestelle ▪ <u>Sonstige Hilfsmittel</u>: 100 % der Aufwendungen für Hilfsmittel gemäß Tarifbedingungen
Heilmittel (z. B. Massagen)	Kostenerstattung, <u>aber Zuzahlung</u> von 10 % der Kosten zzgl. 10,00 Euro je Verordnung	100 % Kostenerstattung
Vorsorgeuntersuchungen	Erstattung abhängig von Alter, Geschlecht und dem Anlass der Untersuchung. Empfohlene Impfungen werden erstattet.	Ambulante Vorsorgeuntersuchungen in den gesetzlich eingeführten Programmen ohne Alters- und Diagnose-Beschränkung
Zahnbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Erstattung von prophylaktischen Leistungen ▪ Einfache Versorgungsformen (z. B. Amalgam und einfache Kunststofffüllungen); Erstattung von Inlays bis zur Höhe der Leistungen für Amalgam-Füllungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstattung von prophylaktischen Leistungen ▪ Meist 100 % Kostenerstattung der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung; meist Erstattung von Inlays im Rahmen der Zahnbehandlung ansonsten wie Zahnersatz
Zahnersatz	Befundorientierte Festzuschüsse; bei regelmäßiger Vorsorge (Bonus von 20 % bzw. 30 % auf den Zuschuss möglich)	Kostenerstattung je nach Tarif zwischen 50 % und 100 %
Kieferorthopädie	Keine Leistung; außer für Kinder unter bestimmten Voraussetzungen	Kostenerstattung je nach Tarif zwischen 50 % und 100 %
Stationärer Krankenhausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterbringung im Mehrbettzimmer ▪ Behandlung durch diensthabende Ärzte ▪ Zuzahlung von 10,00 Euro je Kalendertag (max. 28 Tage im Kalenderjahr) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer ▪ Privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt ▪ Keine Zuzahlungen
Kuren	ambulante oder stationäre Vorsorgekuren nach Genehmigung alle drei Jahre für max. drei Wochen möglich: Zuzahlung 10,00 Euro pro Tag Vater-/Mutter-Kind-Kuren werden erstattet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostenerstattung je nach Tarif ▪ Ergänzung durch Kurkostentarife möglich ▪ Vater-/Mutter-Kind-Kuren werden nicht erstattet

System- und Leistungsunterschiede zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV)

Auslandsschutz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anspruch nur in Ländern mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht ▪ Keine Erstattung der Mehrkosten eines Rücktransportes ▪ Keine Leistung im Todesfall 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Europa-, teils weltweiter Schutz ohne Länderbegrenzung ▪ Erstattung der Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ▪ Erstattung von Überführungskosten im Todesfall
Arbeitsunfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankengeld (i. d. R. ab 43. Tag): 70 % des letzten Brutto- (max. BBG) max. 90 % des letzten Nettogehaltes, abzgl. Beiträge für Renten-, Arbeitslosen-, Pflegeversicherung ▪ Leistungsdauer: max. 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankentagegeld in vereinbarter Höhe ab 43. Tag ▪ Leistungsdauer: unbegrenzt jedoch bis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgabe der Berufstätigkeit ▪ Berufsunfähigkeit ▪ Bezug von Erwerbsminderungsrente ▪ Bezug von Altersrente