

## Vergleich zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung in bestimmten Bereichen

<sup>1)</sup> Die Pflichtleistungen in diesem Sinne sind vom Gesetzgeber grundsätzlich für alle GKV-Kassen einheitlich vorgesehene Leistungen – ohne eventuelle individuelle Kassenleistungen, die z. B. in Verbindung mit Wahlтарifen möglich sind.

<sup>2)</sup> gilt nicht für Personen unter 18 Jahren

<sup>3)</sup> ausgenommen Kinder unter 12 Jahren sowie Ausnahmen gemäß Arzneimittelrichtlinie

	GKV-Pflichtleistung <sup>1)</sup>	PKV
<b>Im ambulanten Bereich:</b>		
<b>Medikamente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsätzlich: Zuzahlung von 10% des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel.<sup>2)</sup> Ausnahme: Der Preis des Arzneimittels liegt unterhalb der Zuzahlung.</li> <li>Grundsätzlich keine Leistungen bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.<sup>3)</sup></li> </ul>	Kosten für Arzneimittel, welche von einem Arzt, Zahnarzt oder von einem Heilpraktiker verordnet und medizinisch notwendig sind, werden in tariflichem Umfang erstattet.
<b>Heilpraktiker</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlungen durch den Heilpraktiker sind nicht immer Leistung der GKV-Kassen.</li> </ul>	Je nach Tarifwahl umfasst der Versicherungsschutz auch Leistungen und Arzneimittel des Heilpraktikers.
<b>Sehhilfen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Für Personen ab 18 Jahren keine Leistungen, soweit keine Ausnahme vorliegt (z. B. besondere Sehbeeinträchtigung).</li> </ul>	Bei medizinischer Notwendigkeit werden Kosten je nach gewähltem Tarif erstattet.
<b>Hilfsmittel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zuzahlung von 10% für jedes Hilfsmittel, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Hilfsmittel.<sup>2)</sup></li> </ul>	Hilfsmittel – soweit medizinisch notwendig. Der Erstattungsumfang ist von der individuellen Tarifwahl abhängig.
<b>Heilmittel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zuzahlung von 10% der Kosten des Mittels bzw. der Leistung zuzüglich 10 Euro je Verordnung.<sup>2)</sup></li> </ul>	Bei medizinischer Notwendigkeit werden Kosten je nach gewähltem Tarif erstattet.
<b>Im stationären Bereich:</b>		
<b>Krankenhauswahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Krankenhaus wird bei der ärztlichen Einweisung festgelegt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sie haben freie Krankenhauswahl.</li> <li>In Absprache mit Ihrem Arzt können Sie frei entscheiden, welches Krankenhaus die für Sie beste Behandlung bietet.</li> </ul>
<b>Behandlung/ Unterbringung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlung durch den diensthabenden Arzt.</li> <li>Unterbringung häufig im Mehrbettzimmer.</li> <li>Zuzahlung von 10 Euro pro Tag begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.<sup>2)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je nach Tarifwahl auch Behandlung durch einen Chefarzt.</li> <li>Je nach gewähltem Tarif Unterbringung im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer.</li> <li>Ersatz-Krankenhaustagegeld je nach gewähltem Tarif.</li> </ul>
<b>Im Zahnbereich:</b>		
<b>Zahnersatz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seit 1.1.2005 werden befundbezogene Festzuschüsse übernommen: Nach Stand der Vorsorge (Bonusheft) 50%, 60%, 65% aus den entstandenen Kosten der „Regelversorgung“.</li> <li>Eigenanteil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundsätzlich 35%, 40%, 50% der Gesamtkosten.</li> <li>- Über dem „Regelversorgungs-Niveau“ → höherer Eigenanteil.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je nach Tarifwahl erfolgt eine prozentuale Erstattung mit eventuellen Höchstsummenbegrenzungen.</li> <li>Auch aufwendige Leistungen (z. B. große Brücken, implantologische Versorgung) sind grundsätzlich im Leistungsspektrum enthalten.</li> </ul>

<sup>1)</sup> Die Pflichtleistungen in diesem Sinne sind vom Gesetzgeber grundsätzlich für alle GKV-Kassen einheitlich vorgesehene Leistungen – ohne eventuelle individuelle Kassenleistungen, die z. B. in Verbindung mit Wahlтарifen möglich sind.

	GKV – Pflichtleistung <sup>1)</sup>	PKV
<b>Im Zahnbereich:</b>		
<b>Zahnbehandlung, Inlays, Prophylaxe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine vertragszahnärztliche Versorgung für Inlays (Kostenübernahme entsprechend Füllung vorgesehen).</li> <li>Leistungen für Prophylaxe nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.</li> <li>Keine Kostenübernahme für moderne zahnerhaltende Maßnahmen, z. B. für regenerative Therapien bei Parodontitis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erstattung bei Zahnbehandlungen einschließlich Maßnahmen zur Parodontitistherapie, Inlays sowie Zahnprophylaxe unabhängig vom Alter – gemäß vereinbartem Leistungsumfang.</li> </ul>
<b>Sonstiges:</b>		
<b>vorübergehender Auslandsaufenthalt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Krankenschutz gilt grundsätzlich nur für EU-Staaten, EWR-Länder und Länder, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht.</li> <li>Rücktransportkosten werden generell nicht erstattet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versicherungsschutz bei Auslandsreisen in Europa.</li> <li>Der Versicherungsschutz gilt außerhalb Europas für vorübergehende Aufenthalte von 6 bis 12 Monaten, je nach Tarif.</li> <li>Je nach Tarif Erstattung für Rücktransport bzw. Überführung aus dem Ausland.</li> <li>Kostenübernahme entsprechend der versicherten Tarifleistungen.</li> </ul>
<b>Einkommensausfall</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das gesetzliche Krankengeld von Arbeitnehmern beträgt nach Ende der Entgeltfortzahlung 70% des Bruttoentgelts (bis zur Bemessungsgrenze) bzw. maximal 90% des Nettoentgelts.</li> <li>Davon werden noch Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung (Stand 1/2020 rund 12%, Besonderheit Sachsen: hier sind die jeweiligen Anteile jeweils 0,5 Prozentpunkte höher) abgezogen.</li> <li>Die Zahlungsdauer beträgt max. 78 Wochen bei derselben Krankheit innerhalb von drei Jahren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Privat versicherte Arbeitnehmer können ein Krankentagegeld in Höhe von 70% des Bruttoentgelts (bis zur Bemessungsgrenze), aber maximal 90% ihres Nettoentgelts zuzüglich Arbeitgeberanteil für Beiträge zur privaten Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung sowie zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zum berufsständischen Versorgungswerk abschließen.</li> <li>Der Zahlungsbeginn kann je nach Bedarf vereinbart werden, bei Arbeitnehmern jedoch frühestens nach Ende der Entgeltfortzahlung.</li> <li>Die Leistungsdauer ist grundsätzlich unbegrenzt, sie endet jedoch u. a. mit Berufsunfähigkeit.</li> </ul>
<b>Arzthonorar</b>	<p>Für das grundsätzlich geltende Sachleistungsprinzip gilt Folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Abrechnung findet nicht unmittelbar zwischen den Kassen und Ärzten statt, sondern unter Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigungen.</li> <li>Die Kassen zahlen an die Kassenärztlichen Vereinigungen eine vereinbarte Gesamtvergütung.</li> <li>Die vorhandenen Gelder verteilen die Kassenärztlichen Vereinigungen – u. a. unter Berücksichtigung der jeweils erbrachten Leistungen – an die Vertragsärzte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Arzt/Zahnarzt kann unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der einzelnen Leistung innerhalb des Gebührenrahmens die Gebührenhöhe durch Wahl des angemessenen Steigerungsfaktors bestimmen.</li> <li>Je nach Tarif ist die Erstattung auf bestimmte Sätze der Gebührenordnungen beschränkt.</li> </ul>