

Krankenvollversicherung: „Privat“ oder „Gesetzlich“?

„Privat“ oder „Gesetzlich“? Ein lohnender Vergleich.

Klassische Systemunterschiede¹⁾

¹⁾ Verkaufsoffene PKV-Tarife ohne Besonderheiten beim Basistarif

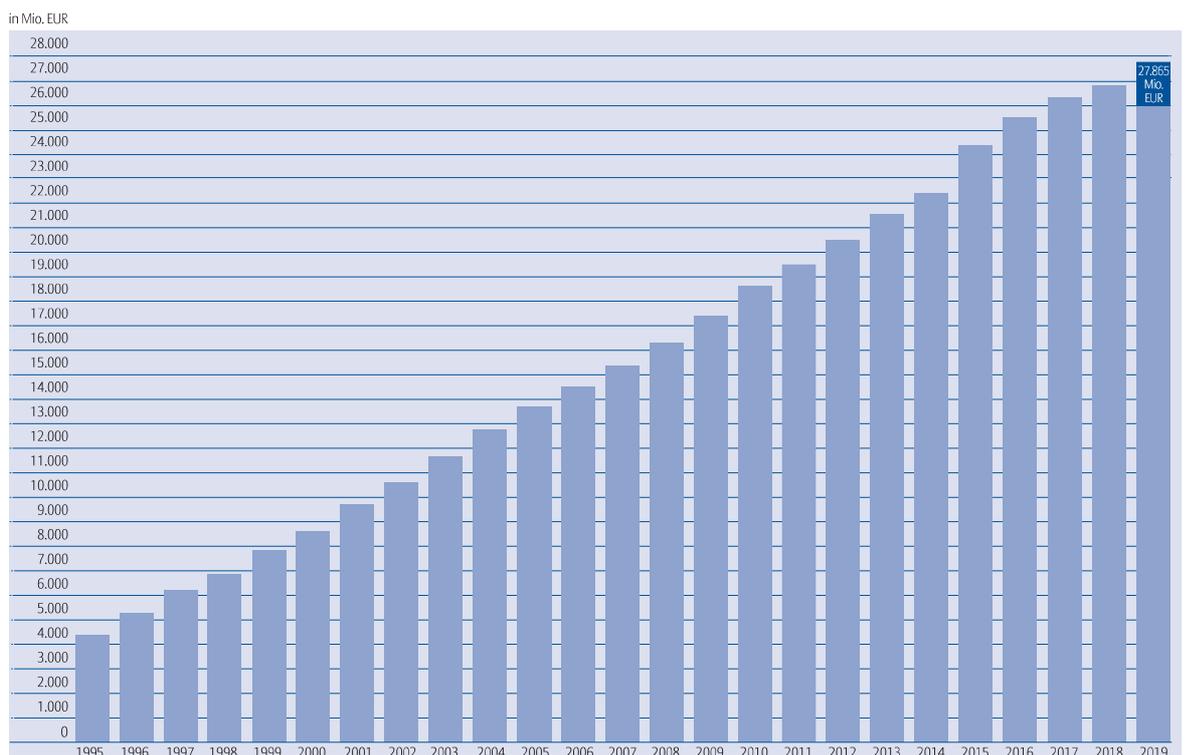
	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	Private Krankenversicherung (PKV)
Mitgliedschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Bei der GKV sind viele Mitglieder kraft Gesetzes pflichtversichert – insbesondere Arbeitnehmer, die mit ihrem Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze nicht überschreiten. Für Unversicherte, die nicht der PKV zuzuordnen sind, besteht auch Krankenversicherungspflicht in der GKV. • Familienmitglieder sind unter bestimmten Bedingungen beitragsfrei mitversichert (Familienversicherung). • Endet eine bestimmte Versicherungspflicht (z. B. als Arbeitnehmer) oder endet eine Familienversicherung, besteht i. d. R. die Möglichkeit der Fortsetzung der GKV als freiwilliges Mitglied. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die PKV basiert auf dem Prinzip der freiwilligen Versicherung, mit Ausnahme der Pflicht zur Versicherung für Unversicherte, die der PKV zuzurechnen sind. Hier besteht Kontrahierungspflicht im Rahmen des Basistarifs. • Für jede Person wird ein eigener Versicherungsvertrag mit einem eigenen Beitrag abgeschlossen (Individualversicherung).
Beiträge	Die Beitragshöhe ist grundsätzlich abhängig von der Höhe der beitragspflichtigen Einkünfte (Solidaritätsprinzip). Für eventuell versicherte Wahltarife gelten abweichende Grundsätze.	Die Beitragshöhe ist abhängig von Alter und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss und dem vereinbarten Leistungsumfang.

¹⁾ Verkaufsoffene PKV-Tarife ohne Besonderheiten beim Basistarif

Klassische Systemunterschiede¹⁾

	GKV	PKV
Leistungen	Die Leistungen sind grundsätzlich gesetzlich vorgegeben. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sind in Verbindung mit Wahlтарifen besondere Regelungen möglich.	<ul style="list-style-type: none"> Der Leistungsumfang kann durch die Tarifwahl individuell bestimmt werden.
Prinzipien der Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> Sachleistungsprinzip: Sie werden gegen Vorlage der Versichertenkarte behandelt. Kostenerstattungsprinzip: Das können Sie alternativ wählen. Allerdings fällt dabei in der Regel eine hohe Eigenbeteiligung an. 	Sie erhalten für alle Leistungen eine Rechnung, die Sie selbst überprüfen können. Die Versicherung erstattet nach Vorlage der Rechnung tarifgemäß die entstandenen Kosten (Kostenerstattungsprinzip). Bei stationärer Behandlung werden die Unterbringungskosten i. d. R. direkt mit dem Krankenhaus abgerechnet.
Finanzierung/ Kalkulationsverfahren	<ul style="list-style-type: none"> Die Ausgaben eines Jahres werden mit den Einnahmen desselben Jahres finanziert (Umlageverfahren). Probleme aufgrund des steigenden Seniorenanteils der Bevölkerung, da keine Alterungsrückstellungen gebildet werden. 	Es werden sogenannte Alterungsrückstellungen gebildet (siehe Grafik). Ein Teil des Beitrags wird von Beginn an verzinslich angespart und deckt die altersbedingt steigenden Versicherungsleistungen. Die seit dem 1.1.2009 im Neugeschäft PKV-Versicherten können bei Wechsel der PKV zu einem anderen Versicherungsunternehmen ihre Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs auf den neuen Versicherer übertragen lassen.

Die Alterungsrückstellungen der Allianz Privaten Krankenversicherung



Vergleich zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung in bestimmten Bereichen

¹⁾ 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.

²⁾ gilt nicht für Personen unter 18 Jahren

³⁾ ausgenommen Kinder unter 12 Jahren sowie Ausnahmen gemäß Arzneimittelrichtlinie

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

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

Für wen ist die „Private“ interessant?

- **Arbeitnehmer** können sich privat versichern, wenn sie aufgrund der Höhe ihrer Einkünfte krankenversicherungsfrei sind. Grundvoraussetzung dafür ist, dass ein Arbeitnehmer mit seinem Entgelt die geltende Versicherungspflichtgrenze überschreitet (2020: monatlich 5.212,50 EUR brutto). Die maximale Höhe des Beitragszuschusses des Arbeitgebers beträgt in 2020: 367,97 EUR.
- **Beamte und Beamtenanwärter** sind nicht versicherungspflichtig in der GKV. Die Beihilfe erstattet je nach Familiengröße einen bestimmten Prozentsatz der Behandlungskosten. Für die verbleibenden Kosten bestehen beihilfekonforme Absicherungsmöglichkeiten.
- **Selbständige und Freiberufler** sind in der Regel nicht versicherungspflichtig in der GKV. Sie können sich den Versicherungsschutz über die Tarifwahl individuell zusammenstellen. Dies gilt auch für die Absicherung des Einkommens.
- **Studenten** können sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen.
- **Hausfrauen und Kinder**, die nicht in der GKV familienversichert sind.
- **Hinweis:** Seit 1.1.2009 sind (anderweitig nicht krankenversicherte) Personen mit Wohnsitz in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet, sich privat zu versichern.

Ihr Beitrag in der PKV¹⁾.

¹⁾ Verkaufsoffene PKV-Tarife ohne Besonderheiten beim Basistarif

- Ihr **individueller Beitrag** basiert auf 3 Faktoren: Alter und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss sowie gewähltem Leistungsumfang (Tarif).
- Es gibt **keine Beitragserhöhungen** aufgrund zunehmenden Alters oder während der Versicherungszeit neu hinzukommender Erkrankungen.
- **Selbstbeteiligung**
Die Selbstbeteiligung ist in mehreren Varianten vereinbar und damit pro Person und Kalenderjahr überschaubar und gewährleistet je nach Tarif eine Erstattung bereits ab dem ersten Euro des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.
- **BONUS-Programm**
Die Allianz honoriert kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten. Reichen Sie ein Versicherungsjahr keine Rechnungen ein, erhalten Sie – je nach Tarif – bis zu 20% Ihres Jahresbeitrages zurück. Reichen Sie auch in den Folgejahren keine Rechnungen ein, kann der BONUS bis zu 50% Ihrer Beiträge betragen. Für Kinder und Jugendliche bis zum 21. Geburtstag gilt sogar ein gesonderter BONUS von bis zu 50% und das schon ab dem ersten leistungsfreien Jahr.
- Plus: Vom BONUS-Programm können Sie bereits im Jahr des Vertragsabschlusses profitieren.
Hinweis: Das BONUS-Programm ist die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung der Allianz Privaten, die aus Überschüssen finanziert und abhängig vom Geschäftsergebnis ist. Über die Ausschüttung, deren Höhe und die berechtigten Tarife entscheidet der Vorstand unserer Gesellschaft jährlich neu.
- **Beitragszuschüsse** erhalten Arbeitnehmer vom Arbeitgeber, Rentner von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung.
- Krankenversicherungsbeiträge sind steuerlich abzugsfähig. Seit 2010 aufgrund einer Rechtsänderung sogar in höherem Umfang. So können seit 2010 z. B. die steuerlich abzugsfähigen Beiträge zur privaten Krankenversicherung für einen Ehegatten oder unterhaltsberechtigter Kinder geltend gemacht werden.

Stabile Beiträge im Alter

Was die Allianz Private Krankenversicherung alles für ältere Versicherte tut:

¹⁾ Eine Aufnahme in den Basistarif ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

• Alterungsrückstellungen

Ältere Menschen bedürfen meist intensiverer Behandlungen als jüngere. Deshalb wird ein Teil des Beitrags von Beginn an verzinslich angespart. Hiermit werden die mit dem Alter steigenden Krankheitskosten finanziert.

• Gesetzlicher Beitragszuschlag

Bei einer neu abgeschlossenen privaten Krankenversicherung wird seit 1.1.2000 ein gesetzlicher Beitragszuschlag von 10% erhoben. Dieser Zuschlag wird ausschließlich dafür verwendet, die Beiträge ab dem 65. Geburtstag möglichst stabil zu halten. Der gesetzliche Beitragszuschlag entfällt ab dem Alter 60.

• Zinsen und Überschüsse

Die Alterungsrückstellungen werden unter dem Aspekt größtmöglicher Sicherheit verzinslich angelegt. In der Kalkulation wird ein vom Tarif abhängiger Rechnungszins angesetzt. Die darüber hinaus erwirtschafteten Zinsen werden in der Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung angesammelt, um die wegen steigender Gesundheitskosten notwendigen Beitragsanpassungen abzumildern. Nach § 150 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sind wir verpflichtet, 90% dieser Überschussmittel ausschließlich zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter zu verwenden.

• Garantie Beitragsentlastung

Mit der Vorsorgekomponente V vereinbaren Sie eine garantierte Beitragsentlastung ab dem 65. Geburtstag. Diese zusätzliche Entlastung kostet Sie nur einen geringen Beitrag mehr.

• Basistarif¹⁾

Das Leistungsniveau ist mit dem der GKV vergleichbar und der Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der GKV begrenzt. Bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit kann der Beitrag halbiert werden.

• Beitragszuschuss des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers

Auch privat versicherte Rentner erhalten einen Zuschuss zu ihrer privaten Krankenversicherung. Er wird nach einem bestimmten Prozentsatz von der gesetzlichen Rente berechnet, vergleichbar wie bei Mitgliedern gesetzlicher Kassen.