

PKV-Info

**Die Entscheidung:
Privat oder gesetzlich?**



Zwischen einer gesetzlichen (GKV) und einer privaten Krankenversicherung (PKV) gibt es erhebliche Unterschiede. Die wichtigsten sollen in dieser Broschüre aufgezeigt werden. Diese soll auch eine Hilfestellung für die Entscheidung zwischen einer gesetzlichen und einer privaten Krankenversicherung geben.

I. Systemunterschiede

1. In der PKV ist jeder freiwillig versichert

Die PKV kennt nur freiwillig Versicherte; sie muss sich daher am Markt behaupten und durch ihr Leistungsangebot und durch ihre Beiträge überzeugen.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen sind die meisten pflichtversichert. Arbeitnehmer mit einem Einkommen unterhalb der sog. Versicherungspflichtgrenze haben keine Wahl. Sie müssen Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse sein und können lediglich unter den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Zusatzversicherungen wählen. Wer mehr verdient, kann zur PKV wechseln. Außerdem haben Beamte, Selbständige und Freiberufler generell die Möglichkeit, sich in der PKV zu versichern. Wer von der GKV zur PKV wechselt, der ist an diese Entscheidung gebunden. Eine Rückkehr zur GKV ist grundsätzlich ausgeschlossen. Ausnahmen be-

stehen bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres vor allem bei Arbeitslosigkeit und wenn das Gehalt zu einem späteren Zeitpunkt die Bemessungsgrenze unterschreitet.

2. In der PKV sind Sie selbst Vertragspartner Ihres Arztes oder des Krankenhauses

In der PKV suchen Sie sich selber Ihren Arzt, Ihr Krankenhaus oder zum Beispiel auch Ihren Masseur aus. Es gilt das Kostenerstattungsprinzip. Der Behandlungsvertrag wird zwischen Ihnen und Ihrem Arzt, Krankenhaus oder sonstigen Heilbehandlern geschlossen. Sie erhalten für alle Leistungen eine Rechnung, die Sie selber überprüfen können und die Grundlage für die Leistungserstattung Ihres PKV-Unternehmens ist.

In der GKV können Sie nur unter den Vertragsärzten und auch z. B. Masseuren wählen. Hier gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip: Sie erhalten keine Rechnungen, sondern alle Leistungen werden unmittelbar von Ihrer Krankenkasse bezahlt. Zahlreiche Zuzahlungen sind allerdings direkt in bar zu entrichten.

3. In der PKV wird jede Person einzeln und individuell nach ihrem Bedarf versichert

In der PKV gilt der Grundsatz der individuellen Versicherung. Für jede Person wird ein eigener Versicherungsvertrag mit einem eigenen Beitrag abgeschlossen. Dafür kann der Umfang des Versicherungsschutzes – vom Basis- bis zum Spitzenschutz – jeweils individuell bestimmt werden.

In der GKV können Familienmitglieder unter bestimmten Bedingungen beitragsfrei mitversichert werden. Minderjährige Kinder sind grundsätzlich mitversichert. Der nicht erwerbstätige Ehegatte ist nur dann kostenfrei mitversichert, wenn er über kein oder nur ein minimales eigenes Einkommen (maximal 340 Euro pro Monat) verfügt. Der Leistungskatalog einer gesetzlichen Krankenkasse ist, von wenigen Ausnahmen abgesehen, einheitlich festgelegt. Eine individuelle Erweiterung des Versicherungsschutzes kann durch den Abschluss privater Zusatzversicherungen erreicht werden.

4. In der PKV werden die Beiträge nach dem Äquivalenzprinzip berechnet

Maßgeblich in der PKV ist das Alter und der Gesundheitszustand zu Beginn der Versicherung sowie das Geschlecht und der Umfang des gewählten Versicherungs-

schutzes. Grundsätzlich gilt, je früher jemand zur PKV wechselt, desto günstiger ist der Beitrag. Je umfassender der gewählte Versicherungsschutz, desto höher ist auch der Beitrag. Zu den weiteren Einzelheiten der Beitragskalkulation stellen wir Ihnen gerne unsere Broschüre zur Verfügung: „Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?“.

Die Beiträge in der GKV werden abhängig vom Einkommen berechnet (bis zur Beitragsbemessungsgrenze). Ein Bezug zum versicherten Leistungsumfang besteht grundsätzlich nicht. Zur Verkleinerung von Beitragssatzunterschieden zwischen den einzelnen Krankenkassen gibt es einen Risikostrukturausgleich, der den Beitragssatz einzelner Krankenkassen zuweilen in Milliardenumfang zugunsten anderer Krankenkassen belastet.

5. In der PKV wird Vorsorge für das Alter gebildet

Mit dem Alter steigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dies führt zwangsläufig zu höheren Gesundheitskosten.

Der sich schrittweise verändernde Altersaufbau der Bevölkerung wird zu weiteren Belastungen führen. Heute ist jeder fünfte Bundesbürger älter als 60 Jahre; im Jahr 2030 wird jeder dritte Bür-

ger älter als 60 Jahre sein. Deshalb ist es gut, dass die PKV vorsorgt. Sie bildet sog. Alterungsrückstellungen zur Verminderung der Beiträge im Alter. Die Gesamthöhe der von der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen betrug Ende 2001 über 68 Mrd. Euro.

Die GKV arbeitet nach dem Umlageverfahren. Hier müssen Junge durch ihren Beitrag die höheren Gesundheitskosten für Ältere mitfinanzieren. Die Beiträge junger Versicherter werden wegen der höheren Gesundheitskosten der Rentner mit über 30 Mrd. Euro zusätzlich belastet.

II. Unterschiedliche Leistungen zwischen GKV und PKV

1. Ärztliche Behandlung

Privat: Sie können sich den Arzt oder Zahnarzt, der Sie ambulant behandeln soll, auch unter den rein privat praktizierenden Ärzten, völlig frei aussuchen. Darüber hinaus steht Ihnen der Chefarzt im Krankenhaus – auch für die ambulante Behandlung – zur Verfügung. Sie können ohne Überweisung jederzeit einen Facharzt aufsuchen.

Für die Behandlung stellt Ihnen Ihr Arzt oder Zahnarzt eine Rechnung aus, die an den Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte bemessen ist. Die ärzt-

liche Gebührenordnung sowie einen ebenfalls dazu erschienenen Leitfaden schicken wir Ihnen auf Wunsch gerne zu. Damit können Sie eine Prüfung der Rechnung vornehmen. Als Patient müssen Sie die Rechnung, die Sie von Ihrem Versicherungsunternehmen im tariflichen Umfang für medizinisch notwendige Leistungen erstattet bekommen, erst dann bezahlen, wenn sie sachlich und rechnerisch insgesamt korrekt ist. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, Rechnungen auch zunächst unbezahlt zur Erstattung einzureichen.

Gesetzlich: Eine Behandlung ist nur durch Vertragsärzte und Vertragszahnärzte möglich. Da Sie die Leistungen und Dienste Ihrer Krankenkasse als Sachleistung erhalten, müssen Sie jeweils zum Behandlungsbeginn Ihrem Arzt oder Zahnarzt die Versichertenkarte vorlegen. Maßstab Ihrer Behandlung ist stets das Wirtschaftlichkeitsgebot, d.h. die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

Sofern Sie freiwillig versichert sind, können Sie auch als Privatpatient zum Arzt gehen. Da die GKV Ihnen hierfür aber nur die kassenüblichen Sätze erstattet, müssen Sie mit einer erheblichen finanziellen Selbstbeteiligung rechnen. Als Pflichtversicherter haben Sie diese Möglichkeit nicht.

2. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Privat: Soweit Ihnen als Privatversicherterem von Ihrem Arzt Arznei- und Hilfsmittel verordnet werden, werden Ihnen die Kosten von Ihrer Versicherung erstattet, sofern es sich um von der Schulmedizin überwiegend anerkannte Mittel bzw. um Mittel der „Alternativmedizin“ handelt, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben. Zum Versicherungsschutz gehören selbstverständlich auch Heil- und Hilfsmittel wie sie nach Art und Umfang im Tarif näher bestimmt werden. Erstattet werden in der Regel die gezahlten Preise. Für Brillen und Kontaktlinsen enthalten die Tarife jeweils genaue Regelungen darüber, bis zu welchen Höchstpreisen z.B. die Kosten für Brillengestelle übernommen werden.

Gesetzlich: In der GKV erhalten Sie auf Kassenrezept die vom Arzt verordneten Medikamente. Beim Kauf in der Apotheke müssen Sie Zuzahlungen leisten, es sei denn, Sie sind als Sozial- oder Härtefall davon befreit. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach der Packungsgröße. Für kleine Packungen beträgt sie grundsätzlich 4 Euro, für mittlere 4,50 Euro und für große Packungen 5 Euro. Bei bestimmten Anwendungen, z.B. bei Erkältungskrankheiten, ist eine Kostenübernahme durch die GKV nicht möglich.

Als GKV-Versicherter haben Sie Anspruch auf alle medizinisch notwendigen, ärztlich verordne-

ten Heilmittel wie z.B. Krankengymnastik und Massagen. Dabei ist eine Selbstbeteiligung in Höhe von 15 Prozent zu leisten. Für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie ist eine Zuzahlung von 20 Prozent zu zahlen.

Sie haben als Versicherter Anspruch auf die medizinisch erforderlichen, ärztlich verordneten Hilfsmittel wie z.B. Körperersatzstücke, Seh- und Hörmittel, einschließlich notwendiger Änderungen, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung. Bei vielen Hilfsmitteln bestehen Festbeträge. Liegt der tatsächlich zu zahlende Preis über dem von der GKV festgesetzten Festbetrag, ist die Differenz von Ihnen selber zu zahlen. Zu einem Brillengestell zahlt Ihnen Ihre Krankenkasse keinen Zuschuss. Bei Versicherten ab dem 14. Lebensjahr besteht ein erneuter Anspruch auf eine Brille bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Kontaktlinsen bezahlt die Krankenkasse für Sie nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen, ansonsten übernimmt sie hier nur die Kosten, die Sie für eine entsprechende Brille zahlen müsste.

Die Gesamtsumme an Zuzahlungen für Arznei- und Hilfsmittel sowie für Fahrtkosten ist nach oben begrenzt auf maximal zwei Prozent des Bruttoeinkommens. Für Familienmitglieder werden Frei-

beträge angerechnet. Chronisch Kranke haben maximal ein Prozent ihres Einkommens an Zuzahlungen zu leisten.

3. Heilpraktiker

Privat: Der Versicherungsschutz umfasst auch Leistungen des Heilpraktikers, so weit der Tarif hier nicht ausdrücklich etwas anderes vorsieht. Geleistet wird dabei auch für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden, so weit in der Praxis zumindest Erfahrungswerte über eine ähnliche Wirksamkeit wie von schulmedizinischen Behandlungen vorliegen.

Gesetzlich: Keine Leistungen.

4. Krankenhaus

Privat: Sie können sich frei entscheiden, in welches Krankenhaus Sie sich bei einer notwendigen Behandlung begeben möchten. Sie können sich mit Ihrem Arzt beraten und dann das für Ihre Behandlung geeignete Krankenhaus wählen. Auch reine Privatkrankenhäuser können Sie in Anspruch nehmen. Bei Aufnahme in die Klinik schließen Sie einen Behandlungsvertrag ab. Neben den allgemeinen Leistungen im Krankenhaus (Unterbringung in Mehrbettzimmern und Behandlung durch die diensthabenden Ärzte) bietet Ihnen das Krankenhaus

auch Wahlleistungen an: die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und die privatärztliche Behandlung durch die leitenden Krankenhausärzte. Hierüber müssen jeweils gesonderte Verträge geschlossen werden. Für die besondere Unterbringung verlangt das Krankenhaus einen Zuschlag. Die Vereinbarung über privatärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an Ihrer Behandlung beteiligten Chefarzte einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Gesetzlich: Sie haben Anspruch auf stationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel z.B. nicht durch ambulante ärztliche Behandlungen einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Zugelassen zur Krankenhausbehandlung sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommen sind und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen haben. Wählt der Patient ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus, kann ihm seine Krankenkasse dadurch anfallende Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegen.

Privatkrankenhäuser können nicht in Anspruch genommen werden.

Falls Sie älter als 18 Jahre alt sind, müssen Sie für den Klinikaufenthalt für längstens 14 Tage im Jahr 9 Euro jeweils pro Tag an das Krankenhaus entrichten. Bei stationärer Behandlung werden Sie grundsätzlich im Mehrbettzimmer des Krankenhauses untergebracht, Ihre medizinische Betreuung erfolgt im Allgemeinen durch die diensthabenden Ärzte. Ein Anspruch auf Behandlung durch leitende Krankenhausärzte (Chefärzte) ist in der Regel nicht gegeben.

5. Verdienstausfall

Privat: Sie können den Einkommensausfall bei Krankheit durch eine private Krankentagegeldversicherung absichern. Den Leistungsbeginn können Sie nach dem Ende der Lohn- oder Gehaltsfortzahlung vereinbaren oder als Selbständiger grundsätzlich schon ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit, meistens aber nach einigen Karenztagen, z.B. ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe des Tagegeldes bestimmen Sie selbst. Sie können das volle Nettogehalt bis zu einer unbegrenzten Leistungsdauer absichern. Wird Ihre Versicherungspflicht in der Rentenversicherung auf Grund von Arbeitsunfähigkeit unterbrochen, können Sie auf Antrag Beiträge aus Ihrem entsprechend hoch vereinbarten Tage-

geld an die Rentenversicherung zahlen. Bei Festlegung der Höhe des Tagegeldes brauchen Sie keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung zu berücksichtigen. Die Beiträge an die Bundesanstalt für Arbeit werden von den privaten Krankenversicherungen überwiesen, ohne dass Sie als Versicherter etwas unternehmen müssen.

Gesetzlich: Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt Ihnen nach dem Ende der Lohn- oder Gehaltsfortzahlung Krankengeld. Es beträgt 70 Prozent des regelmäßigen Arbeitsentgelts, soweit es der Beitragsberechnung für die gesetzliche Krankenversicherung unterliegt, wobei es 90 Prozent des entsprechenden Nettoentgelts jedoch nicht übersteigen darf. Das Krankengeld wird pro Kalendertag berechnet, wegen derselben Krankheit wird es für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt. Versicherte haben außerdem Anspruch auf Krankengeld, wenn sie wegen der Betreuung eines kranken Kindes der Arbeit fern bleiben und keine andere zu Hause lebende Person sich um das Kind kümmern kann.

Das Krankengeld wird gekürzt bei Rentenversicherungspflicht um einen Versichertenanteil am Rentenversicherungsbeitrag von 9,55 Prozent und bei Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit um einen weiteren von 3,25 Prozent.

6. Früherkennung

Privat: Sie können sich einer Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten in dem Rahmen unterziehen, wie sie von den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt wird. Das gilt auch für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern. Viele Versicherungstarife sehen darüber hinaus gezielte Vorsorgeuntersuchungen, und zwar ohne konkrete Diagnosen und Altersbeschränkungen, vor.

Gesetzlich: Kinder haben Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen bis zum vollendeten 6. Lebensjahr. Ab dem 35. Lebensjahr haben Sie jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche gesundheitliche Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Zuckerkrankheit. Frauen haben vom Beginn des 20., Männer vom Beginn des 45. Lebensjahres an jährlich einen Anspruch auf eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung.

6- bis 18-jährige Jugendliche können sich zur Vermeidung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen (Individualprophylaxe).

7. Kuren

Privat: Die private Krankenversicherung bietet Ihnen Kurkostentarife an. Sie setzen zumeist eine

Krankheitskosten- oder Krankenhauszusatzversicherung beim gleichen Versicherer voraus. Die Tarife sind entweder auf den Ersatz der nachgewiesenen medizinischen Kosten oder auf die Zahlung eines pauschalen Tagegeldes abgestellt. Die Entscheidung, ob eine Kur angetreten wird oder nicht, liegt bei Ihnen und Ihrem Arzt.

Gesetzlich: Ihre Krankenkasse kann Ihnen eine ambulante oder stationäre Vorsorgekur bewilligen. Bei ambulanten Kuren, die in der Regel bis zu drei Wochen dauern können, kann die Kasse einen Zuschuss für Verpflegung und Unterbringung bis zu 8 Euro täglich übernehmen. Reicht die ambulante Kur nicht aus, kann die Kasse die Vorsorgemaßnahme in einer stationären Einrichtung erbringen. Hier trägt die Kasse die Kosten bis auf eine Zuzahlung von 9 Euro täglich für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. In der Regel können die Kassen die Kuren nur alle drei Jahre gewähren. Die Notwendigkeit einer Kur wird in der Regel durch den Medizinischen Dienst der Kassen geprüft.

8. Zahnärztliche Behandlung

Privat: Als Privatversicherter bekommen Sie die Kosten für zahnärztliche Behandlung im tariflichen Umfang erstattet. Hierzu gehören auch aufwendige Füllmaterialien wie Gold und Keramik.

Gesetzlich: Ihre zahnärztliche Behandlung erfolgt als Sachleistung. Sie umfasst die erforderlichen Maßnahmen des Vertragszahnarztes, die zur Vermeidung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind. Unter den Vertragszahnärzten besteht freie Wahl. Abgesehen von seltenen Ausnahmefällen stehen als Füllmaterialien nur Amalgam oder Kunststoff zur Verfügung.

9. Zahnersatz

Privat: Zu den Leistungen, die Ihnen gewährt werden, gehören auch Leistungen für Zahnersatz. Sie erfolgen je nach abgeschlossenem Tarif in Prozenten (z.B. 80 oder 50 Prozent) des Rechnungsbetrages und/oder begrenzt auf Höchstbeträge, gestaffelt nach Versicherungsjahren. In den Tarifen sind auch genaue Regelungen zum Umfang des Zahnersatzes enthalten. In aller Regel sind auch aufwendige Zahnersatzleistungen im Leistungsspektrum enthalten (z.B. große Brücken, implantologische Versorgung).

Gesetzlich: Die Krankenkasse erstattet Ihnen beim Zahnersatz nur einen Teil der Kosten der zahnärztlichen Behandlung und des Materials (50 Prozent der Gesamtkosten, ergänzt um einen Bonus von 10 bis 15 Prozent bei vorher regelmäßiger Zahnpflege).

Der Umfang des Zahnersatzes ist eng begrenzt. Nicht erstattet werden aufwendigere Zahnersatzleistungen (z.B. große Brücken).

10. Kieferorthopädie

Privat: Als Privatversicherter erhalten Sie von Ihrer privaten Krankenversicherung Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung je nach Tarif in Prozenten (z.B. 75 oder 80 Prozent) vom Rechnungsbetrag und/oder begrenzt auf Festbeträge, gestaffelt nach Versicherungsjahren.

Gesetzlich: Seit 1993 gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Behandlung. Die Kosten für die kieferorthopädische Behandlung Erwachsener werden nur noch bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahme erfordern, von den Kassen erstattet. Bei der kieferorthopädischen Behandlung erstattet die Krankenkasse 80 Prozent der Kosten (bei gleicher Behandlung von zwei und mehr Kindern 90 Prozent), den Restbetrag erst nach Abschluss der Behandlung.

11. Sterbegeld

Privat: Sterbegeld ist kein Bestandteil des privaten Krankenversicherungsschutzes.

Gesetzlich: Bei Tod zahlt die Krankenkasse Ihren Angehörigen einen Zuschuss zu den Bestattungskosten. Voraussetzung ist, dass der Versicherte am 1.1.1989 versichert war. Der Betrag macht bei Mitgliedern 1.050 Euro aus, ein Familienversicherter bekommt 525 Euro.

12. Fahrtkosten

Privat: Ihre private Krankenversicherung trägt die Kosten bei Fahrten im Krankenwagen und im Notfall-Rettungsdienst im tariflich vereinbarten Umfang.

Gesetzlich: Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig werden. Bei der ambulanten Behandlung werden entsprechende Fahrtkosten nur im Rahmen der Härtefallregelungen (diese sollen vermeiden, dass Kranke und Behinderte durch gesetzliche Zuzahlungen unzumutbar finanziell belastet werden) berücksichtigt. Im Übrigen übernimmt die Kasse z.B. die Fahrtkosten in Höhe des 13 Euro je Fahrt übersteigenden Betrags bei Leistungen, die stationär erbracht werden, bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch ohne stationäre Behandlung, bei Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sowie bei Fahrten zu einer vor- und nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine an sich gebo-

tene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird.

13. Ausland

Privat: Ihre private Vollversicherung gilt ganzjährig in ganz Europa einschließlich den osteuropäischen Staaten, bis zu einem Monat auch außerhalb Europas. Eine Verlängerung Ihres Versicherungsschutzes ist gegen einen Beitragszuschlag möglich.

Gesetzlich: Wenn Sie gesetzlich versichert sind, haben Sie Versicherungsschutz nur in den Ländern der Europäischen Union und in Ländern, mit denen die Bundesrepublik Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat. U. U. müssen Sie aber trotzdem mit Zuzahlungen z.B. bei Arzneimitteln oder Arzthonoraren rechnen. Die Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Rechnungen von Ärzten und Krankenhäusern aus Staaten, mit denen keine Abkommen bestehen, werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet. Der Abschluss einer privaten Auslandsreisekrankenversicherung wird deshalb auch von den gesetzlichen Krankenkassen empfohlen.

14. Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Privat: Keine Leistung.

Gesetzlich: Nur soweit bei Betreuung eines erkrankten Kindes keine Leistungen durch den Arbeitgeber gewährt werden, besteht pro Kind und Jahr ein Anspruch auf Krankengeld von längstens 10 Arbeitstagen (Alleinstehende: 20 Arbeitstage).

15. Versicherung während des Mutterschutzes und während des Erziehungsurlaubs

Privat: Während des Mutterschutzes und während des Erziehungsurlaubs sind bei fortgesetzter Versicherung weiterhin Beiträge zu entrichten. Privat versicherte erhalten einen Betrag von 210 Euro als Mutterschaftsgeld vom Bundesversicherungsamt in Berlin.

Gesetzlich: Während des Mutterschutzes und während des Erziehungsurlaubs erfolgt die Versicherung beitragsfrei. Mutterschaftsgeld gibt es bis zur Höhe des Nettoeinkommens, aber höchstens bis zu 13 Euro pro Tag, 6 Wochen

vor und 8 Wochen nach der Entbindung.

III. Pflegepflichtversicherung

Privat: Wenn Sie privat bei einem Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sind Sie aufgrund des Pflegeversicherungsgesetzes verpflichtet, auch die Pflegepflichtversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abzuschließen.

Gesetzlich: Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind Sie als freiwilliges sowie als versicherungspflichtiges Mitglied der GKV, z.B. als Arbeiter, Angestellter oder Rentner, wenn Sie die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente erfüllen und diese Rente beantragt haben. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden entweder als Geld- oder Sachleistungen angeboten. Freiwillig gesetzlich Krankenversicherte können innerhalb von 3 Monaten nach Beginn ihrer Mitgliedschaft in der GKV einen Befreiungsantrag stellen. Sie müssen dann eine private Pflegepflichtversicherung abschließen.