

Gesetzliche und private Krankenversicherung (I)

Themenfeld:

Sozialversicherungssysteme

Lernziele:

Die Schüler lernen Organisation und Struktur des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung kennen sowie die grundlegenden Prinzipien einer Solidargemeinschaft.

Sie erfassen die Unterschiede zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) und erhalten einen Überblick über die verschiedenen Leistungen und Kosten beider Versicherungssysteme. Sie sind in der Lage, diese unter den Aspekten Ökonomie und Gerechtigkeit zu beurteilen.

Vorgehen:

Als Einstieg in das Thema kann im Unterrichtsgespräch erörtert werden, wie die Schüler zurzeit krankenversichert sind und ab wann sie sich selbst versichern müssen. Alternativ kann gefragt werden, ob die Schüler schon wissen, welche Krankenkasse sie wählen.

Anschließend erhalten die Schüler den Artikel „Krankenversicherung – Der süße Duft der Privaten“ aus Finanztest 3/2011 und erarbeiten in Einzelarbeit die Vor- und Nachteile der GKV und PKV (siehe Arbeitsauftrag 1). Die Ergebnisse werden im Plenum zusammengetragen.

Zur Vertiefung des Themas diskutieren die Schüler die weiterführenden Fragen (siehe Arbeitsauftrag 2).

Für die Folgestunde bereiten sich die Schüler auf die angeführten Diskussionsschwerpunkte vor.

Das Arbeitsblatt und den Finanztest-Artikel finden Sie auf den folgenden Seiten. ▶

Name: Klasse: Datum:

Gesetzliche und private Krankenversicherung (II)

Arbeitsauftrag 1:

Lesen Sie den Artikel „Krankenversicherung – Der süße Duft der Privaten“ (Finanztest 3/2011, S. 62–65). Unterstreichen Sie wesentliche Aussagen und notieren Sie in einer Tabelle die Vor- und Nachteile von gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

	Vorteile	Nachteile
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)		
Private Krankenversicherung (PKV)		

Arbeitsauftrag 2:

Beantworten Sie folgende Fragen in Stichpunkten. Lesen Sie gegebenenfalls den Artikel noch einmal.

1. Für wen lohnt sich eine private Krankenversicherung?
2. Warum steigen die Beiträge in der privaten Krankenversicherung kontinuierlich?
3. Welchen Rat gibt Finanztest Personen, die sich privat versichern lassen möchten, und Personen, die bereits Kunden einer privaten Krankenversicherung sind?

Hausaufgabe:

In der nächsten Stunde werden wir uns noch einmal detailliert mit dem Thema Krankenversicherung beschäftigen. Setzen Sie sich dazu im Vorfeld mit den folgenden Schwerpunkten auseinander.

Machen Sie sich Notizen.

1. Die gesetzliche Krankenversicherung basiert auf dem Solidarprinzip. Erklären Sie, was Sie darunter verstehen.
2. Nach welchem Prinzip arbeitet die private Krankenversicherung?
3. Nehmen Sie Stellung zu der Behauptung: Die Unterteilung der Krankenversicherung in GKV und PKV ist gleichzusetzen mit einer „Zwei-Klassen-Medizin“ und demzufolge mit einer „Zwei-Klassen-Gesellschaft“.

Finanztest 3/2011: Krankenversicherung – Der süße Duft der Privaten

Günstige Einstiegsbeiträge, bessere Leistungen – so locken die privaten Krankenversicherer neue Kunden.



Der süße Duft der Privaten

Krankenversicherung. Seit Januar dürfen wieder mehr Menschen in die private Krankenversicherung. Die Tarife sind oft teurer, als es scheint.

Roland Geißler hat die Private gewählt. Für 119 Mark, rund 61 Euro, ließ sich der Buchhalter aus Hösbach bei Aschaffenburg im Jahr 1976 versichern. Die gesetzliche Kasse, sagt er, wäre für ihn etwa doppelt so teuer gewesen. Der Arbeitgeber überwies den vorherigen Zuschuss zur Krankenversicherung weiter, sodass Geißler zunächst nichts selbst zahlen musste. Ein Traum.

Dreieinhalb Jahrzehnte später muss der nunmehr 59-jährige 555 Euro aus eigener Tasche zahlen. Sein Beitrag ist neunmal so

hoch wie zu Beginn. Trotzdem sei er mit seiner Wahl noch zufrieden – schließlich wäre die gesetzliche Versicherung für den nun Selbstständigen nicht billiger. Der Versicherer zahle zudem seine teure Gleitsichtbrille und das Einzelzimmer im Krankenhaus. „Darauf will ich nicht verzichten“, sagt er.

Kasse oder privat

Seit Anfang 2011 stehen wieder mehr Menschen vor der Wahl: Kasse oder privat? Arbeitnehmer dürfen sich nun wieder privat

versichern, wenn ihr Einkommen im Jahr 2010 über der „Versicherungspflichtgrenze“ von 49.950 Euro brutto lag. Bisher mussten sie drei Jahre lang mit ihrem Verdienst über der Grenze liegen.

Beamte und Selbstständige dürfen seit eh und je in die Private wechseln – egal, wie viel sie verdienen.

Der Vorteil der Privaten: Die Leistung ist ein Leben lang garantiert. In den meisten Tarifen bezahlen die Versicherer mehr Honorar an Ärzte, übernehmen auch rezeptfreie Medikamente, Behandlungen durch Heilpraktiker und die Kosten für den Chefarzt.

Das hat seinen Preis. Die Beiträge sind für junge Gutverdiener zwar oft niedriger als in der Gesetzlichen, sie können im Laufe des Lebens aber kräftig steigen. Egal, wie viel der Versicherte dann verdient, er muss sie bezahlen. Sein Einkommen spielt keine Rolle.

Bei der Gesetzlichen ist es umgekehrt. Hier richtet sich der Beitrag nach dem Einkommen. Wer wenig verdient, zahlt wenig. Ehepartner und Kinder sind kostenlos mitversichert. Für den Zusatzbeitrag von zurzeit meistens 8 Euro im Monat, den einige Krankenkassen verlangen, erhalten Geringverdiener einen Zuschuss.

FOTO: PLAMPIRETI/LEUO/MONACO

4 Unser Rat

Gesetzlich Versicherte müssen sich also weniger um Beiträge sorgen. Dafür sind die Leistungen nicht sicher. Die Politik kann sie jederzeit kürzen.

In den vergangenen Jahren haben die Politiker die Praxisgebühr eingeführt, den Zuschuss für Zahnersatz gekürzt und die Erstattung für Brillen und rezeptfreie Medikamente gestrichen. Weitere Sparrunden können folgen.

Wann sich die Private lohnt

Beamte liegen bei der Privaten meistens richtig. Der Dienstherr zahlt für sie Beihilfe anstelle des Arbeitgeberzuschusses. Ledige Bundesbeamte bekommen in der Regel 50 Prozent ihrer Gesundheitskosten bezahlt, für Ehepartner und Pensionäre sind 70 Prozent vorgesehen, für Kinder 80 Prozent.

Nur für den verbleibenden Teil der Kosten braucht ein Beamter eine private Versicherung. Diese ist dann sehr günstig. Wählt ein Staatsdiener die gesetzliche, zahlt er dort hingegen den vollen Beitrag.

Arbeitnehmer und Selbstständige erhalten normalerweise keine Beihilfe und ihr Einkommen ist auch nicht für alle Zeit sicher. Für sie ist die Private immer ein finanzielles Risiko.

Von Billigtarifen für teils unter 100 Euro im Monat sollten sie sich nicht blenden lassen. Die Tarife bieten in der Regel viel weniger Leistung als die gesetzlichen Kassen, Versicherte zahlen für die Behandlung hinzu. Bei schwerer Krankheit wird das sehr teuer.

Ein ausreichender Schutz (siehe Leistungsübersicht S. 64) kostet je nach Umfang und Selbstbehalt auch für gesunde Menschen schon zu Beginn des Vertrags einige hundert Euro im Monat. Für Frauen sind die Beiträge ungefähr ein Drittel höher. Sie leben laut Statistik länger als Männer, der Versicherer muss mehr für ihr Alter sparen.

In der gesetzlichen Kasse zahlen Versicherte mit einem Bruttoeinkommen ab 3712 Euro im Monat den Höchstbeitrag von 575 Euro im Monat, plus Zusatzbeitrag ihrer Kasse. Für junge und gutverdienende Männer kann die private Versicherung zunächst günstiger sein.

Doch die Ersparnis gegenüber der gesetzlichen Kasse ist allein kein Grund für den Wechsel. Nur wer dauerhaft den Beitrag stemmen kann und will, ist in der privaten Versicherung richtig aufgehoben.

Vor allem, wenn das Einkommen nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben

geringer ist, kann es schwierig werden, den Beitrag für die private Krankenversicherung aufzubringen. Er ist dann um ein Vielfaches höher als in jungen Jahren.

Warum die Beiträge steigen

Die Beiträge für die private Krankenversicherung dürfen nicht allein deshalb steigen, weil ein Versicherter älter und kränker wird. Das Gesetz verpflichtet die Versicherer, für die Kunden Rückstellungen zu bilden. Das sind Ersparnisse, die steigende Kosten im Alter ausgleichen sollen.

Doch weil die Lebenserwartung und die Gesundheitskosten stetig steigen, müssen die Versicherer die Beiträge regelmäßig neu kalkulieren. Ihre Kunden haben sich an jährliche Erhöhungen gewöhnt.

Wie stark die Beiträge in Zukunft steigen werden, kann niemand seriös sagen. Zur Sicherheit sollten Versicherte damit rechnen, dass sich der Beitrag bei Vertragsabschluss mit Mitte 30 innerhalb von dreißig Jahren mindestens verdreifacht. Das war bisher selbst in guten Tarifen der Fall.

Manche Kunden erwischt es auch härter. Denn die Beiträge können viel stärker steigen, wenn kaum noch neue Kunden in den Tarif kommen. Finanztest-Leser berichten uns von Beitragssprüngen von 10 Prozent und mehr von einem Jahr zum nächsten – wie weit so ein Beitrag bis zur Rente steigt,

Wahl. Wechseln Sie nur zur privaten Krankenversicherung, wenn Sie den Beitrag dauerhaft schultern können. Beamte liegen mit der Privaten meistens richtig. Sonst lohnt sie sich fast nur für gutverdienende, junge Männer, die später keine Familie wollen.

Beiträge. Selbst der Beitrag für gute Tarife dürfte sich vom Eintritt mit Mitte 30 bis zur Rente mindestens verdreifachen. Legen Sie Monat für Monat etwas beiseite, um die Beiträge im Rentenalter zu stemmen.

Tarif. Sind Sie bereits länger Kunde eines privaten Versicherers, rechnet sich der Wechsel zu einem anderen Anbieter fast nie. Wechseln Sie stattdessen bei Ihrem Versicherer in einen günstigeren Tarif, wenn der Beitrag zu hoch ist. Vorsicht vor Tarifen mit hohem Selbstbehalt. Rechnen Sie damit, dass Sie den Selbstbehalt irgendwann voll zahlen müssen.

Analyse. Für 18 Euro suchen wir nach Ihren Vorgaben passende Tarife für Sie heraus. Den Teilnahmeupon finden Sie im Internet: www.test.de/Analysen.

Wie der Beitrag in 35 Jahren gestiegen ist – ein Beispiel

Wir wissen nicht, wie stark die Beiträge für einen Versicherten im Durchschnitt steigen – die privaten Krankenversicherer halten dicht. Der Beitrag von Roland Geißler (59) aus Hösbach bei Aschaffenburg hat sich in dreieinhalb Jahrzehnten verneunfacht. Die Schreiben des Versicherers für die Jahre 1976 und 2006 bis 2011 hat er aufgehoben. Die übrigen Angaben beruhen auf seinen Notizen.



Angaben inklusive Beitragsrückgewähr und gesetzlichem Zuschlag von 10 Prozent. Ohne Pflegepflichtversicherung.



mag sich da kaum einer ausmalen. Damit die Versicherer kein Schindluder betreiben, muss ein unabhängiger Treuhänder die Erhöhung jedes Mal prüfen.

Der Beitragsanstieg wie bei Geißler geht zum Teil auch auf die Politik zurück. Früher konnten Rentner oft wieder zurück zur Gesetzlichen – die privaten Versicherer wurden viele Risikopatienten los. Heute sind Ältere fast immer an die Private gebunden, das erhöht deren Ausgaben.

Auch die gesetzlich Versicherten sind vor Beitragserhöhungen nicht gefeit, schließlich wachsen die Kosten auch dort. Doch solange die Beiträge vom Einkommen abhängen, ist ihr finanzielles Risiko viel geringer.

Für das Alter sparen

Wenigstens im Rentenalter sollen die Beiträge der privaten Versicherung nicht mehr so stark steigen. Daher verpflichtet das Gesetz die Privaten seit 2000, einen Zuschlag von 10 Prozent für das Alter zu verlangen. Dieses Geld müssen die Unternehmen anlegen,

um Kunden ab dem 65. Lebensjahr vor allzu kräftigen Erhöhungen zu verschonen. Ablehnen konnten den Zuschlag nur Kunden, die bereits vor 2000 privat versichert waren.

Schon bis zur Rente ist der Beitrag allerdings oft so weit gestiegen, dass Versicherte ihn nicht mehr bezahlen können. Sie sollten daher früh Geld beiseitelegen.

Die kleine Tabelle zeigt beispielhaft, wie viel ein Kunde binnen 30 Jahren anlegen müsste, um im Alter 25 Jahre lang einen Teil der Beiträge aus dem Ersparten zu tragen.

Wer sich mit Mitte 30 für 300 Euro im Monat versichert, dürfte im Alter mindestens den dreifachen Beitrag von 900 Euro zahlen. Will er diese Summe aus dem Ersparten abzweigen, müsste er bei einem Zins von 3 Prozent rund 329 Euro im Monat anlegen.

Leistungen abspecken

Zurück in die gesetzliche Kasse können Rentner fast nie. Das geht meist nur bis zum Alter von 55 Jahren, sofern der Kunde wieder versicherungspflichtig wird – zum Beispiel, weil sein Einkommen als Arbeitnehmer unter die Versicherungspflichtgrenze von 49 500 Euro brutto für 2011 gerutscht ist.

Auch der Wechsel zu einem anderen Privatversicherer ist kein Ausweg. Denn die Rückstellungen, die für den Kunden angespart sind, verfallen beim Wechsel zum Teil. Außerdem prüft der neue Versicherer die Gesundheit des Kunden – und verlangt einen Beitragszuschlag, wenn dieser inzwischen erkrankt ist.

So bleibt nur der Wechsel in einen günstigeren Tarif beim alten Versicherer. Die Kunden müssen dann auf Leistungen verzichten, etwa auf die Chefarztbehandlung.

Versicherte ab 55 Jahren, die mit dem Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze liegen, sowie Rentner dürfen in den

Finanztest Rechenbeispiel

Der Kunde spart 30 Jahre. Danach verbraucht er das Ersparte in 25 Jahren.

Monatlicher Geldbedarf für Beitrag im Alter (Euro)	Zinssatz (Prozent)	Anzusparender Gesamtbetrag (Euro)	Monatlicher Sparbetrag (Euro)
500	2,0	118 406	241
	3,0	106 189	183
	4,0	95 751	139
700	2,0	166 768	337
	3,0	148 637	256
	4,0	134 052	195
900	2,0	213 131	433
	3,0	191 104	329
	4,0	172 352	251

„Standardtarif“ wechseln. Dazu müssen sie bereits zehn Jahre privatversichert sein. Für derzeit bis zu 575 Euro im Monat erhalten sie eine Versorgung, die mit der Leistung der gesetzlichen Kassen vergleichbar ist.

Um den Beitrag zu senken, können Versicherte auch ihren jährlichen „Selbstbehalt“, ihren Eigenanteil, erhöhen. Sie sollten aber damit rechnen, dass sie den Selbstbehalt früher oder später voll zahlen müssen. Außerdem können die Versicherer den Selbstbehalt nachträglich erhöhen.

Wenn der Versicherte nicht mehr zahlt und zwei Monatsbeiträge im Rückstand ist, können private Krankenversicherer – wie die gesetzlichen auch – die Leistung einfrieren. Nur in Notfällen müssen sie zahlen.

Wie gut, dass Roland Geißler vorgesorgt hat. Dieses Jahr geht er frühzeitig in Rente, eine Lebensversicherung wird pünktlich fällig. Auf die Leistungen der Privaten, so sagt er, will er nicht mehr verzichten. Die kann ihm auch niemand nehmen – solange er pünktlich zahlt. ■

Finanztest Die Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung

Private Versicherer sind nicht immer besser als die gesetzlichen Kassen – es kommt auf den Tarif an.

Art der Leistung	Gesetzliche Krankenversicherung	Private Krankenversicherung
Krankenhaus		
Auswahl des Krankenhauses	<ul style="list-style-type: none"> Behandlung im nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Privatkliniken nur im Notfall. Geht der Versicherte in ein teureres Krankenhaus, muss er die Mehrkosten selbst zahlen. 	<ul style="list-style-type: none"> Wahl unter allen Krankenhäusern, einschließlich Privatkliniken. Kurkliniken nur nach Genehmigung durch den Versicherer.
Unterbringung	<ul style="list-style-type: none"> Meistens im Mehrbettzimmer. 	<ul style="list-style-type: none"> Im Einbett- oder Zweibettzimmer. In wenigen Tarifen nur im Mehrbettzimmer.
Behandelnder Arzt	<ul style="list-style-type: none"> Diensthabender Krankenhausarzt, zum Beispiel Stationsarzt. 	<ul style="list-style-type: none"> Chefarzt. In wenigen Tarifen: diensthabender Krankenhausarzt.
Arzthonorare	<ul style="list-style-type: none"> Die Arzthonorare sind in der diagnoseabhängigen Vergütung enthalten, die die Kasse dem Krankenhaus pauschal zahlt. 	<ul style="list-style-type: none"> Ärzte rechnen nach Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) ab. Je nach Tarif Erstattung bis zum 2,3-fachen Satz, bis zum 3,5-fachen Satz oder darüber hinaus. Liegt das Honorar höher, trägt der Patient den Restbetrag.
Zuzahlungen im Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> Für Erwachsene ab 18 Jahre: 10 Euro je Behandlungstag für maximal 28 Tage im Jahr. 	<ul style="list-style-type: none"> In den meisten Tarifen keine Zuzahlungen. Sonst gering, zum Beispiel 15 Euro pro Tag in der ersten sieben Tagen.

FOTO: BACSHOF

Art der Leistung	Gesetzliche Krankenversicherung	Private Krankenversicherung
Hospiz	<ul style="list-style-type: none"> Die Kasse trägt 90 Prozent der Kosten. 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Leistungen.
Ambulante Leistungen		
Auswahl des Arztes und Zahnarztes	<ul style="list-style-type: none"> Unter allen Ärzten und Zahnärzten mit Kassenzulassung. Keine Kostenübernahme für Behandlungen durch Heilpraktiker. 	<ul style="list-style-type: none"> Unter allen Ärzten und Zahnärzten. In den meisten Tarifen Erstattung für den Heilpraktiker.
Versorgungsgarantie	<ul style="list-style-type: none"> Ärzte und Zahnärzte mit Kassenzulassung sind zur Behandlung verpflichtet. 	<ul style="list-style-type: none"> Ärzte sind nur in Notfällen zur Behandlung verpflichtet, häufig werden Privatpatienten aber bevorzugt behandelt.
Honorare für Leistungen niedergelassener Ärzte und Zahnärzte	<ul style="list-style-type: none"> Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Behandlungen aus dem gesetzlichen Leistungskatalog vollständig. Der Arzt rechnet seine Leistungen über die kassenärztliche Vereinigung ab, der Zahnarzt über die kassenzahnärztliche Vereinigung. Keine Rechnung für den Patienten. Pro Quartal 10 Euro Praxisgebühr. 	<ul style="list-style-type: none"> Ärzte rechnen nach Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) ab, Zahnärzte nach Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ). Je nach Tarif Erstattung bis zum 2,3-fachen Satz, bis zum 3,5-fachen Satz oder darüber hinaus. Liegt das Honorar höher, trägt der Patient den Restbetrag.
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme für zugelassene Therapien durch Ärzte und psychologische Psychotherapeuten. Je nach Verfahren bis zu 160 Sitzungen je Behandlung, in Ausnahmefällen auch bis zu 300 Sitzungen. Nur nach Genehmigung der Krankenkasse. 	<ul style="list-style-type: none"> Je nach Tarif unbegrenzte Sitzungszahl oder begrenzt auf 20 bis 50 Sitzungen im Jahr. Zum Teil nur nach Genehmigung des Versicherers. Zum Teil nur Kostenübernahme für Therapie durch Ärzte. In wenigen Tarifen gar keine Psychotherapie-Leistungen.
Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, Massagen)	<ul style="list-style-type: none"> Kasse zahlt nur für verordnete Heilmittel, die in den Heilmittelrichtlinien aufgeführt sind. Versicherte ab 18 Jahre zahlen 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung zu. 	<ul style="list-style-type: none"> In einigen Tarifen nur für die im jeweiligen Heilmittelverzeichnis aufgeführten Heilmittel. Manche Tarife sehen einen Eigenanteil von 10 bis 25 Prozent vor.
Arzneimittel	<ul style="list-style-type: none"> Für Patienten unter 12 Jahren: verordnete apothekenpflichtige Arzneimittel – also auch rezeptfreie Medikamente. Für Patienten ab 12 Jahre: nur verschreibungspflichtige Mittel. Kostenübernahme bis zu festen Höchstbeträgen. Ausgeschlossen sind „Lifestyle-Arzneien“ wie Viagra, unethische Medikamente, für Versicherte ab 18 Jahre auch Mittel gegen Bagatellerkrankungen. Versicherte ab 18 Jahre zahlen 5 bis 10 Euro je Arznei zu. 	<ul style="list-style-type: none"> In fast allen Tarifen volle Kostenerstattung für alle verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel, auch für rezeptfreie Medikamente. In wenigen Tarifen eine Selbstbeteiligung in Höhe von 10 Prozent oder 20 Prozent der Kosten.
Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> Verordnete Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel). Zusätzlich auch Kosten für Grundpflege (z. B. Körperpflege) und Hilfe im Haushalt, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt wird. Volljährige Versicherte zahlen 10 Prozent der Kosten plus 10 Euro je Verordnung. 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Leistungen.
Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Rollstühle oder Prothesen)	<ul style="list-style-type: none"> Kasse übernimmt Kosten für die im gesetzlichen Hilfsmittelverzeichnis enthaltenen Hilfsmittel in einfacher Ausführung bis zu festgelegten Höchstbeträgen. Brillengläser: Zuschuss nur für Kinder und schwer Sehbehinderte. Versicherte ab 18 Jahre zahlen 5 bis 10 Euro je Hilfsmittel zu. 	<ul style="list-style-type: none"> Je nach Tarif Hilfen aus dem tariflichen Hilfsmittelkatalog. Unterschiedliche Grenzen für einen Teil der Hilfsmittel oder Beschränkung auf die einfache Ausführung. Für Brillen und Kontaktlinsen meist Höchstbeträge von 50 bis 400 Euro jährlich oder alle zwei Jahre. In einigen Tarifen gar keine Erstattung.
Zahnarzt		
Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Inlays)	<ul style="list-style-type: none"> Vollständige Kostenübernahme für zugelassene Leistungen wie Amalgamfüllungen. Zuschuss für Inlays in Höhe der Kosten für normale Füllung. 	<ul style="list-style-type: none"> Je nach Tarif Erstattung von 50 Prozent bis 100 Prozent der Kosten – auch für Inlays.
Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken)	<ul style="list-style-type: none"> Festzuschuss in Höhe von 50 Prozent der gesetzlichen Regelversorgung. Diese enthält eine festgelegte, kostengünstige Versorgung für jeden Befund, zum Beispiel eine Brücke in metallischer Ausführung für einen fehlenden Zahn. Bei regelmäßiger Zahnpflege und Vorsorge Festzuschuss von bis zu 65 Prozent. 	<ul style="list-style-type: none"> Je nach Tarif übernimmt der Versicherer 50 Prozent bis 90 Prozent der tatsächlichen Kosten. In manchen Tarifen gibt es Grenzen für zahntechnische Leistungen wie Laborkosten.
Kieferorthopädie	<ul style="list-style-type: none"> Für Kinder unter 18 Jahren mit einer Zahnfehlstellung ab Schweregrad KIG 3. Für Erwachsene nur bei schwerer Kieferanomalie. Kostenerstattung nur für zugelassene Verfahren. 	<ul style="list-style-type: none"> Je nach Tarif: 50 Prozent bis 100 Prozent der Kosten. Manche Tarife leisten nur für Kinder unter 18 Jahren.
Verdienstausfall		
Krankengeld/ Krankentagegeld	<ul style="list-style-type: none"> Krankengeld ab dem 43. Krankheitstag. In Höhe von 70 Prozent des Bruttoeinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze (derzeit 3712,50 Euro im Monat), maximal jedoch 90 Prozent des Nettoeinkommens. Krankengeld auch bei Erkrankung eines Kindes. Selbstständige müssen eine Wahlklärung abgeben, um Krankengeld zu beziehen. Alternativ oder zusätzlich können sie auch einen Wahltarif mit anderer Höhe oder früherem Beginn des Krankengeldes wählen. 	<ul style="list-style-type: none"> Zahlungsbeginn für das Krankentagegeld nach Vereinbarung, zum Beispiel ab dem 22. Krankheitstag. Krankentagegeld in Höhe des vereinbarten Tagessatzes, zum Beispiel 80 Euro pro Tag, maximal jedoch in Höhe des Nettoeinkommens plus Krankenversicherungsbeitrag. Kein Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes.

Stand 1. Februar 2011