

GEK Gesundheit Erster Klasse

Vergleich PKV und GKV



Private Krankenversicherung - PKV Vollversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung - GKV GEK - Gesundheit Erster Klasse
Mitgliedschaft und Beitrag	
<ul style="list-style-type: none"> > Die private Krankenversicherung kalkuliert für einen Versicherungsnehmer einen individuellen Beitrag, abhängig vom gewählten Leistungsumfang, dem Eintrittsalter, dem Geschlecht und dem Gesundheitszustand zu Beginn der Versicherung. Weiterhin werden Altersrückstellungen gebildet, um die Beiträge im Alter stabil zu halten. Diese gehen allerdings bei einem Wechsel des Anbieters zum Teil verloren. > Werden bisher attraktive Tarife geschlossen, um wettbewerbsfähigere Angebote anzubieten, kann der ehemals günstige Tarif teurer werden. > Bei Arbeitnehmern trägt der Arbeitgeber höchstens die Hälfte der eigenen Beiträge, maximal bis zu 268,28€ (ab 01.07.09 = 257,25€). 	<ul style="list-style-type: none"> > Seit dem 01.01.2009 gilt für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ein einheitlicher Beitragssatz von 15,5 %. > Ab 01.07.2009 beträgt der einheitliche Beitragssatz 14,9 %. > Der Beitrag richtet sich nach dem Einkommen der Versicherten. > Der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt aktuell 569,63€ monatlich (ab 01.07.09 = 547,58€). > Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen sich den Krankenkassenbeitrag, Arbeitnehmer zahlen zusätzlich einen Betrag von 0,9 % vom Bruttoeinkommen.
Risikoprüfung	
<ul style="list-style-type: none"> > Es findet eine Risikoprüfung außerhalb des Basistarifs statt, das Ergebnis kann zu eventuellen Risikozuschlägen führen. > Nachträgliche Leistungsminderungen, Leistungsausschlüsse oder Beitragsaufschläge sind möglich. 	<ul style="list-style-type: none"> > Es findet keine Risikoprüfung statt. > Gesundheitsprüfung und nachträglicher Leistungsausschluss für frühere Erkrankungen sind bei der GEK ausgeschlossen.
Beitragsfreiheit während des Anspruchs auf Krankengeld/ Mutterschaftsgeld und Elterngeld	
<ul style="list-style-type: none"> > Krankengeld: Während des Bezugs von Krankengeld besteht in der PKV Beitragspflicht. > Mutterschaftsgeld: Für die Zeit der Mutterschutzfristen (6 Wochen vor der Geburt, bis 8 oder 12 Wochen nach der Geburt) wird Mutterschaftsgeld in Höhe von insgesamt höchstens 210,00 € bezahlt. Während des Bezugs von Mutterschaftsgeld besteht in der PKV Beitragspflicht. > Elterngeld: Generell gilt hier, dass der Vertrag mit dem privaten Krankversicherer während der Elternzeit oder dem Bezug von Elterngeld uneingeschränkt weiter besteht und somit auch weitere Beiträge zu bezahlen sind. 	<ul style="list-style-type: none"> > Krankengeld: Beitragsfreiheit in der Kranken- und Pflegeversicherung. > Mutterschaftsgeld: Weibliche Mitglieder erhalten 6 Wochen vor der Entbindung, am Entbindungstag sowie 8 Wochen nach der Entbindung (bei Früh- oder Mehrlingsgeburten 12 Wochen) Mutterschaftsgeld in Höhe von höchstens 13 € pro Kalendertag. Ihr Versicherungsschutz bleibt für die Dauer des Bezugs von Mutterschaftsgeld beitragsfrei. > Elterngeld: Bei Bezug von Elterngeld besteht ebenfalls grundsätzlich Beitragsfreiheit zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Pflegeversicherung.
Mitversicherte	
<p>Ehepartner und Kinder müssen immer selbständig krankenversichert werden.</p>	<p>Heirat oder Familienzuwachs haben keine Auswirkungen auf den Versicherungsschutz bei Ihrer GEK. Ehepartner und Kinder bis 25 Jahre (plus Wehr- oder Zivildienstzeit) ohne bzw. mit geringem Einkommen bis max. 360 € (Minijob: 400 €) sind kostenlos mitversichert.</p>
Selbstbehalte	
<p>Jährlich zwischen 300,00 € und 1.500,00 € üblich. 100% Erstattung meist bei stationärer Versorgung; 20% bis 40% Selbstbehalt bei Zahn- und ambulanter Behandlung</p>	<p>Die GEK bietet einen Selbstbehalt-Tarif an.</p>

Beitragsrückerstattung

Wer nur Vorsorge nutzt, kann nach leistungsfreien Jahren mehr als bis zu sechs Monatsbeiträgen des ambulanten Tarifs zurückerhalten.

Die GEK bietet einen Prämien-Rückzahlungs-Tarif an.

Ärzte

> Freie Arztwahl
> Privat Versicherte erhalten nach einem ambulanten Arztbesuch eine Rechnung direkt vom Arzt. Diese (oft nicht unerhebliche) Rechnung muss in vollem Umfang bezahlt werden (ebenso wie Medikamente). Erst nachdem der Patient die Quittungen bei seiner Versicherung eingereicht hat, erhält er nach einer Prüfung die Kosten erstattet. Eine 100-prozentige Kostenübernahme findet oft nicht statt.

> Mit der GEK Versichertenkarte können sich unsere Versicherten bei jedem Vertragsarzt im gesamten Bundesgebiet behandeln lassen.
> Im Rahmen unseres GEK Hausarzt-Programms entfällt für unsere Versicherten die Praxisgebühr. Sie sparen bis zu 40 € im Jahr beim gewählten Hausarzt.

Arzneimittel

Grundsätzlich gilt, dass private Krankenversicherungen die Kosten für alle vom Arzt verschriebenen Medikamente im tariflichen Rahmen übernehmen.

Voraussetzung ist, dass die Medikamente verschrieben wurden. Versicherte brauchen unbedingt ein ärztliches Rezept zur Abrechnung.

Die GEK übernimmt grundsätzlich die Kosten für alle vom Vertragsarzt auf Kassenrezept verordneten rezeptpflichtigen Arzneimittel. Ausnahmen bestehen bei so genannten Lifestyle-Arzneimittel wie Appetitzüglern. Diese dürfen nicht bezahlt werden.

Die GEK übernimmt die Kosten für verordnete Verbandmittel, bestimmte Medizinprodukte und besondere, medizinisch notwendige Ernährungsformen. Zusätzlich trägt die GEK die Kosten für rezeptfreie Medikamente bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr und bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Zudem werden auch rezeptfreie Arzneimittel übernommen, die für eine Behandlung von schwerwiegenden Krankheiten unverzichtbar sind.

Versicherte müssen lediglich die gesetzliche Zuzahlung, einen Eigenanteil von 10 Prozent des Abgabepreises, mind. 5 €, max. 10 € übernehmen. Jugendliche unter 18 Jahren erhalten Arzneimittel bis zu einem eventuellen Festbetrag zuzahlungsfrei. Harn- und Blutstreifen sind von der Zahlung ausgenommen.

Brille/ Kontaktlinsen

Für Brillengläser und -gestelle sehen die Tarife in der Regel meist unterschiedliche Erstattungssätze vor. Bei manchen Gesellschaften erfolgt die Erstattung der Kontaktlinsen grundsätzlich nur in Fällen medizinischer Notwendigkeit. Einige Versicherer erstatten Kontaktlinsen als Alternative zur Brille oder bis zu den Kosten einer Brille.

Für Versicherte unter 18 Jahre übernimmt die GEK die Kosten einer Brille bis zum Festbetrag. Für Versicherte über 18 Jahre, bei denen eine schwere Sehschwäche oder Blindheit vorliegt, übernimmt die GEK ebenfalls die Kosten bis zum Festbetrag. Falls der Augenarzt das Tragen von Kontaktlinsen für erforderlich hält, übernimmt die GEK unter bestimmten weiteren Voraussetzungen die Kosten in Höhe des vereinbarten Festbetrags.

Haushaltshilfe im Krankheitsfall

Wird nicht bezahlt

Ja, wenn es der haushaltsführenden Person in Ihrer Familie wegen Krankheit unmöglich ist, den Haushalt weiterzuführen und mindestens ein Kind unter 14 Jahren (Satzungsleistung) versorgt werden muss. Dies kann z.B. bei einem Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt der Fall sein. Versicherte haben hier eine Zuzahlung in Höhe von 10% pro Tag, mind. jedoch 5 €, höchstens 10 € zu leisten.

Krankenhaus

Grundsätzlich freie Klinikwahl. Versicherbar: Chefarztbehandlung, Einzel- oder Zweibettzimmer.

> Die GEK übernimmt bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus die vollen Kosten. Versicherte haben eine Zuzahlung in Höhe von 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr zu leisten.
> Die GEK hilft Ihnen gerne bei der richtigen Auswahl der geeigneten Einrichtung.
> In Zusammenarbeit mit unserem Kooperationspartner der Debeka Krankenversicherung bieten wir eine attraktive Kranken-Zusatzversicherung zur Ergänzung des gesetzlichen Versicherungsschutzes, Chefarztbehandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer inklusive.

Künstliche Befruchtung

Wird bei Verheirateten nur mit Erfolgsaussicht bezahlt.

Wir übernehmen für verheiratete Versicherte 50% der Kosten für die Herbeiführung einer Schwangerschaft. Der Alterszeitraum liegt bei Frauen zwischen 25 und 40 Jahre sowie bei Männern zwischen 25 und 50 Jahren. Die GEK übernimmt in Abhängigkeit vom Verfahren bis zu 8 Versuche.

Massage/n/ Ambulante Badekuren

> **Massagen:** Die Kosten für Massagen werden in der PKV erstattet. Jedoch muss der Privatversicherte darauf achten, dass er den entsprechenden Tarif abgeschlossen hat. Wer im Standardtarif versichert ist, hat keinen Anspruch auf Leistung für Massagen.

> **Ambulante Badekur:** Erstattung der Kosten oder Zahlung eines Tagegeldes, je nach Versicherungsschutz.

> Die GEK bezahlt die vom Vertragsarzt verordneten notwendigen Heilmittel. Versicherte die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben eine Zuzahlung von 10 € je Verordnung sowie 10% der entsprechenden Kosten zu leisten.

> Die GEK bezahlt bei ambulanten Badekuren die Kosten für notwendige, ärztlich verordnete Heilmittel. Es fällt lediglich die gesetzliche Zuzahlung der verordneten Heilmittel an. Für Unterkunft und Verpflegung zahlen wir in aller Regel einen Zuschuss von 13,- € pro Tag.

Mutter-Kind-Kur

Wird nicht bezahlt.

Für Mutter-Kind-Kuren übernimmt die GEK die vollen Kosten. Der Versicherte muss lediglich eine Zuzahlung von 10 € pro Tag leisten, maximal für 28 Tage.

Palliativ-/ Hospizversorgung

Wird bezahlt.

> Der Aufenthalt in einem stationären Hospiz wird von der GEK mit einem Betrag in Höhe von bis zu 151,20 € täglich bezuschusst. Zusätzlich werden entsprechende Leistungen der GEK-Pflegekasse gewährt.

> Die GEK fördert auch die Versorgung durch ambulante Hospizdienste.

> Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden von der GEK im Rahmen der vertraglich vereinbarten Vergütungssätze übernommen.

Vorsorge Prävention

Für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten besteht ein tariflicher Leistungsanspruch nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchung).

> Mit dem Vorsorge-Programm unterstützen wir unsere Versicherten bei der Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens. Der Vorteil: sie fühlen sich wohl, leben gesund, haben mehr Lebensqualität, und die GEK unterstützt sie dabei.

> Gesunde Kinder und Jugendliche durch Früherkennung: Im Rahmen des GEK Kinder- und Jugend-Programms bietet die GEK vier Zusatzleistungen in der Früherkennung und ein Präventionsrezept bei eventuell gesundheitlichen Defiziten.

Zähne

Versichert sind alle medizinisch notwendigen Leistungen. Der Zahnersatz richtet sich nach den einzelnen Tarifen, meist hat der Versicherte hier einen Eigenanteil zu bezahlen.

Wir tragen grundsätzlich die Kosten einer zuzahlungsfreien vertragszahnärztlichen Behandlung. Entscheiden sich Versicherte bei medizinisch notwendigen Zahnfüllungen für eine aufwendigere Versorgung, bezahlt die GEK dies selbstverständlich bis zur Kostenhöhe des normalerweise verwendeten Standardmaterials.

Unabhängig von der tatsächlich durchgeführten Zahnersatz-Versorgung erhalten GEK Versicherte eine Festzuschuss, der sich ausschließlich an Ihrem Befund orientiert (Regelversorgung). Auf diesem Wege wird erreicht, dass Sie sich für jede medizinisch anerkannte zahnprothetische Versorgungsform entscheiden können und dabei Anspruch auf den GEK Zuschuss haben.

Mit Bonus erhöht sich der 50-prozentige Festzuschuss um 10 Prozentpunkte bzw. nochmals um weitere 5 Prozentpunkte.

In Kooperation mit der Debeka bieten wir den Tarif GEK Zahn Komfort. Mit dem Tarif können unsere Versicherten ihren Eigenanteil bei Zahnersatz deutlich reduzieren.