

Krankheitskostenteilversicherung

Teil III

Zusatzversicherung: Tarif GKV Basic

Inhalt

1 Allgemeine Regelungen

- 1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?
- 1.2 Um welche Art der Versicherung handelt es sich?
- 1.3 Wer ist versicherungsfähig?

2 Wartezeiten

3 Unsere Leistungen – allgemeine Grundsätze

- 3.1 Allgemeine Regelungen
- 3.2 Was gilt für die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers?
- 3.3 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung eines Gesundheitspartners?

4 Unsere Leistungen – Höhe der Erstattungen

- 4.1 Was leisten wir für Sehhilfen und operative Korrekturen der Sehschärfe?
- 4.2 Was leisten wir für Hörhilfen?
- 4.3 Was leisten wir für Zuzahlungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Fahrtkosten?
- 4.4 Welches Krankenhaustagegeld leisten wir bei vollstationären Aufenthalten?
 - 4.4.1 Welche Aufenthalte sind versichert?
 - 4.4.2 Wie hoch ist das Krankenhaustagegeld?
 - 4.4.3 Welche Unterlagen müssen Sie für die Auszahlung einreichen?
- 4.5 Welche Leistungen erbringen wir zusätzlich bei Unfällen?
 - 4.5.1 In welchen Fällen besteht Versicherungsschutz?
 - 4.5.1.1 Was ist ein Unfall im vertraglichen Sinne?
 - 4.5.1.2 Welche Ereignisse sind einem Unfall gleichgestellt?
 - 4.5.2 Welche Leistungserbringer gibt es?
 - 4.5.3 Welche Gebührenordnungen gelten?
 - 4.5.4 Welche Leistungen erbringen wir konkret?
 - 4.5.4.1 Werden die Kosten für eine Begleitperson übernommen?
 - 4.5.4.2 Was leisten wir für Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen?
 - 4.5.4.3 Was leisten wir für vor- und nachstationäre Behandlungen?
 - 4.5.4.4 Was leisten wir für allgemeine Krankenhausleistungen bei „freier Krankenhauswahl“ in Deutschland?
 - 4.5.4.5 Was leisten wir bei ambulanten Operationen?
 - 4.5.4.6 Ist es sinnvoll einen Kostenvoranschlag einzureichen?

5 Services

- 5.1 Unterstützung
- 5.2 Gebührenrechtliche Unterstützung
- 5.3 Spezialistensuche

6 Beiträge

7 Glossar

8 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung

- Auszug aus § 39 – Krankenhausbehandlung
- § 115a – Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus
- § 115b – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

1 Allgemeine Regelungen

1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung. Diese bestehen aus:

- Teil I Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009),
- Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG und
- Teil III Tarifbedingungen des Tarifs GKV Basic.

Die Teile I und II gelten, soweit sie nicht durch die Bestimmungen des Teils III ergänzt oder geändert werden. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

1.2 Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zusatzversicherung. Sie ergänzt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Für Empfänger der Heilfürsorge tritt an Stelle der GKV-Leistung die Leistung der Heilfürsorge. Soweit in diesen Bedingungen von GKV bzw. Leistungen der GKV gesprochen wird, sind hiervon auch die Empfänger der Heilfürsorge betroffen.

Wir bieten Versicherungsschutz für:

- Sehhilfen und operative Korrekturen der Sehschärfe
- Hörhilfen
- Gesetzliche Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten

- Krankenhaustagegeld bei vollstationären Aufenthalten

Zusätzlich bieten wir bei Unfällen Versicherungsschutz für:

- Wahlleistungen wie die gesondert berechenbare Unterkunft und privatärztliche Behandlung im Krankenhaus
- die Mitaufnahme einer Begleitperson bei einem stationären Aufenthalt
- Ärztliche Leistungen bei stationärsersetzenden ambulanten Operationen
- privatärztliche Leistungen bei Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen anlässlich eines stationären Aufenthaltes

Die genauen Leistungen haben wir unter Ziffer 4 beschrieben.

1.3 Wer ist versicherungsfähig?

Sie können sich versichern, wenn Sie Anspruch auf Leistungen der GKV haben oder Empfänger der Heilfürsorge sind.

Wenn diese Eigenschaft wegfällt, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Sie müssen uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform mitteilen.

2 Wartezeiten

Die Wartezeiten gemäß § 3 der AVB entfallen.

3 Unsere Leistungen – allgemeine Grundsätze

3.1 Allgemeine Regelungen

Wir rechnen die Aufwendungen jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem die Behandlung erfolgte. Bei Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln und Fahrtkosten gilt das Bezugsdatum bzw. das Datum der Fahrt.

3.2 Was gilt für die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers?

In welchen Fällen und in welcher Höhe wir eine Leistung erbringen, lesen Sie unter Punkt 4. Wenn Ihre GKV oder ein anderer Kostenträger eine Vorleistung erbringt, übernehmen wir hierbei maximal die Differenz zwischen den Gesamtkosten und der Vorleistung. Sie können die Gesamtkosten maximal zu 100 % erstattet bekommen.

Wenn Sie in der GKV (z. B. im Rahmen eines Wahltarifs) oder in der Heilfürsorge einen Selbstbehalt vereinbart haben, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung. Er kann also nicht erstattet werden.

Wichtig: Bitte weisen Sie die GKV- oder sonstigen Vorleistungen durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Kostenbelegen nach.

3.3 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung eines Gesundheitspartners?

Gesundheitspartner der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung bzw. einem hiermit verbundenen Unternehmen stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden. Die regionale Verteilung der Gesundheitspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus unter www.vrk.de einsehbar.

Durch Inanspruchnahme dieser Gesundheitspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen.

4 Unsere Leistungen – Höhe der Erstattungen

4.1 Was leisten wir für Sehhilfen und operative Korrekturen der Sehschärfe?

Wir leisten 100% für

- a. medizinisch notwendige Sehhilfen und
- b. operative Korrekturen der Sehschärfe mittels Laser-Technologie (wie LASIK-Operation) oder Kunstlinsen-Operation.

Unsere Leistung ist sowohl unabhängig von einer Sehstärkenveränderung als auch einer Leistung Ihrer GKV.

Wir erstatten insgesamt maximal 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Bei Nutzung eines Kooperationspartners erhöht sich dieser Erstattungsanspruch auf 250 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Der Höchstbetrag bezieht sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen

- des Jahres sowie
- des vorangegangenen Kalenderjahres

des Bezugs der Sehhilfen bzw. der operativen Korrektur.

Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind **nicht erstattungsfähig**.

4.2 Was leisten wir für Hörhilfen?

Wir leisten 100 % der Mehrkosten für

- a. geeignete, medizinisch notwendige Hörhilfen, sofern Sie Hörhilfen wählen, deren Kosten über die gesetzlichen Festbeträge hinausgehen und die gesetzliche Krankenversicherung diese Mehrkosten nicht übernimmt.
- b. Folgekosten für Reparatur- und Wartungsleistungen, die über die Leistungen der gesetzlichen Kasse hinausgehen.

Wir erstatten insgesamt maximal 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Bei Nutzung eines Kooperationspartners erhöht sich dieser Erstattungsanspruch auf 250 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Wir ersetzen die Aufwendungen, wenn auch die GKV zur Zahlung verpflichtet ist. Als Nachweis hierfür gilt insbesondere der Beleg der tatsächlichen Leistung durch die GKV.

Der Höchstbetrag bezieht sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen

- des Jahres sowie
- des vorangegangenen Kalenderjahres,

in denen die Hörhilfen bzw. die Reparatur- und Wartungsleistungen bezogen wurden.

Die Kosten für Hörgerätebatterien, Reinigungszubehör, Etuis und Pflegesets sind **nicht erstattungsfähig**.

Leistungen für Zuzahlungen im Sinne des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) erhalten Sie nach Ziffer 4.3.

4.3 Was leisten wir für Zuzahlungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Fahrtkosten?

Wir leisten 100 % der Zuzahlungen im Sinne des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) für medizinisch notwendige

- a. Arzneimittel,
- b. Verbandmittel,
- c. Heilmittel (z.B. Krankengymnastik, Fango, Massage),
- d. Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Bandagen, Einlagen) und
- e. Fahrtkosten.

Zu den Zuzahlungen zählt auch die Verordnungsgebühr.

Wir erstatten insgesamt maximal 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Der Höchstbetrag bezieht sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen

- des Jahres sowie
- des vorangegangenen Kalenderjahres

des Bezugs der genannten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel bzw. Fahrtkosten.

Leistungen für Sehhilfen erhalten Sie ausschließlich nach Ziffer 4.1.

Für Hörhilfen mit Ausstattungsmerkmalen, die die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen, müssen Sie als Hörgeräte-Nutzer die Differenz zum Kassenbetrag als Eigenanteil tragen. Hierbei unterstützen wir Sie mit Leistungen aus Ziffer 4.2.

4.4 Welches Krankenhaustagegeld leisten wir bei vollstationären Aufenthalten?

4.4.1 Welche Aufenthalte sind versichert?

Versichert sind medizinisch notwendige vollstationäre Aufenthalte wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Versichert sind auch vollstationäre Aufenthalte zur Untersuchung und medizinisch notwendigen Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, Fehlgeburten und nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen.

Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung sehen wir als gegeben an, wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen der Behandlung trägt. Dies gilt abweichend von § 5 (1d) MB/KK 2009 auch für eine stationäre Anschlussheilbehandlung.

Für alle sonstigen stationären Aufenthalte, insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen (auch Entwöhnungen und Kuren), leisten wir nicht. Dies gilt auch dann, wenn die GKV ihre Leistungen erbringt. Ebenfalls sind wir nicht leistungspflichtig für stationäre Aufenthalte einer Anschlussheilbehandlung, bei der ein anderer gesetzlicher Rehabilitationsträger als die GKV leistet.

4.4.2 Wie hoch ist das Krankenhaustagegeld?

Wir erbringen für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr bis 24 Uhr) eines vollstationären Aufenthalts im Krankenhaus oder Entbindungsheim ohne Kostennachweis ein Krankenhaustagegeld von 10 Euro.

Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet.

Für ein Kalenderjahr leisten wir maximal 280 Euro.

Als Krankenhäuser im Sinne von § 4 (4) AVB gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser.

4.4.3 Welche Unterlagen müssen Sie für die Auszahlung einreichen?

Bitte reichen Sie uns für die Auszahlung einen Nachweis der stationären Einrichtung ein, aus dem folgende Punkte hervorgehen

- der Name der behandelten Person,
- der Zeitraum des stationären Aufenthalts und
- die Diagnose(n), weswegen der stationäre Aufenthalt erfolgte.

4.5 Welche Leistungen erbringen wir zusätzlich bei Unfällen?

4.5.1 In welchen Fällen besteht Versicherungsschutz?

Versichert ist nur die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung, deren Kosten nachweislich **durch einen Unfall**

(siehe Ziffer 4.5.1.1) entstanden sind. Das gilt auch für Ereignisse, die einem Unfall gleichgestellt sind (siehe Ziffer 4.5.1.2). Der Unfall im vertraglichen Sinne muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Die konkreten Leistungen sind in Ziffer 4.5.4 beschrieben.

Versichert sind **als Folge eines Unfalls** auch die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen

- Schwangerschaftskomplikationen und Entbindung,
- Fehlgeburten und
- nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche.

Bitte beachten Sie: Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des behandlungsbedürftigen Säuglings werden aus dessen Krankheitskostenversicherung erstattet.

Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung sehen wir als gegeben an, wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen der Behandlung trägt. Dies gilt abweichend von § 5 (1d) MB/KK 2009 auch für eine stationäre Anschlussheilbehandlung.

Für alle sonstigen Rehabilitationsmaßnahmen (auch Entwöhnungen und Kuren) leisten wir nicht. Dies gilt auch dann, wenn die GKV ihre Leistungen erbringt. Ebenfalls sind wir nicht leistungspflichtig für eine stationäre Anschlussheilbehandlung, bei der ein anderer gesetzlicher Rehabilitationsträger als die GKV leistet.

4.5.1.1 Was ist ein Unfall im vertraglichen Sinne?

Ein Unfall im vertraglichen Sinn ist ein Ereignis, das

- nach Beginn des Versicherungsschutzes gemäß § 2.1 AVB
- plötzlich von außen auf Ihren Körper einwirkt (Unfallereignis) und
- durch das Sie unfreiwillig eine unmittelbare Gesundheitsschädigung (Unfallfolge) erleiden.

Gesundheitsschäden, die Sie sich zuziehen, weil Sie sich rechtmäßig verteidigen (bspw. Notwehr), gelten immer als unfreiwillig erlitten. Das Gleiche gilt für Gesundheitsschäden, die Sie sich bei Rettungsbemühungen zuziehen. Dabei spielt es keine Rolle, ob es um die Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen geht.

4.5.1.2 Welche Ereignisse sind einem Unfall gleichgestellt?

Als Unfall im vertraglichen Sinne gilt auch, wenn Sie sich durch eine erhöhte Kraftanstrengung eine der folgenden Verletzungen zuziehen:

- Sie verrenken sich an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk.
- Sie zerrn oder zerreißen sich an Gliedmaßen oder Wirbelsäule Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln.
- Sie ziehen sich einen Bauch- oder Unterleibsbruch zu.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht.

Maßgeblich sind dabei Ihre individuellen körperlichen Verhältnisse.

4.5.2 Welche Leistungserbringer gibt es?

Wir erstatten die Leistung einer stationären oder stationärsersetzenden ambulanten Heilbehandlung, wenn sie entweder

- von Ärzten,
- von Hebammen bzw. Entbindungspflegern oder
- von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

erbracht werden.

4.5.3 Welche Gebührenordnungen gelten?

Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen. Das sind die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die Gebührenordnungen für Hebammen und die Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten (GOP).

Eine Erstattung über den Höchstsätzen der GOÄ ist nur dann möglich, wenn der behandelnde Arzt vor Behandlungsbeginn eine rechtsgültige Honorarvereinbarung mit Ihnen abgeschlossen hat.

4.5.4 Welche Leistungen erbringen wir konkret?

Wir erstatten bei stationärer Heilbehandlung als Folge eines Unfalls im vertraglichen Sinn die folgenden Kosten zu 100 %:

- gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, inklusive der vom Krankenhaus angebotenen und vereinbarten Komfortmerkmale der Unterbringung, z. B. Fernsehanschluss, Internetanschluss oder besondere Verpflegung. Bei Entbindungen zahlen wir die gesondert berechenbare Unterkunft im Familienzimmer.
- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare belegärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Leistungen einer Beleghebamme oder eines Belegentbindungspflegers.

Auch wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen **nicht übernimmt**, weil die Behandlung beispielsweise in einer Privatklinik stattfindet, erstatten wir bei stationärer Behandlung die Leistungen gemäß Ziffer 4.5 zu 100 %.

Bitte beachten Sie jedoch, dass Sie in diesem Fall die allgemeinen Krankenhausleistungen ggf. selbst tragen müssen.

Sofern Sie bei einem erstattungsfähigen Aufenthalt für die Unterbringung oder für ärztliche Leistungen keine Kosten geltend machen, zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld. Sie erhalten von uns:

- 20 Euro für jeden Behandlungstag, für den Sie lediglich Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer bzw.
- 40 Euro für jeden Behandlungstag, für den Sie weder Kosten für die Unterbringung im Einbettzimmer bzw. Familienzimmer noch im Zweibettzimmer geltend machen.
- 30 Euro für jeden Behandlungstag, sofern für den gesamten Aufenthalt keine ärztlichen Leistungen berechnet werden.

Das Ersatz-Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr bis 24 Uhr) des medizinisch notwendigen und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes erstattet. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet.

Bei teilstationären, vor- und nachstationären Behandlungen, ambulanten stationsersetzenden Operationen sowie bei Unterbringung auf einer Intensiv- oder Säuglingsstation erstatten wir **kein Ersatz-Krankenhaustagegeld**.

4.5.4.1 Werden die Kosten für eine Begleitperson übernommen?

Muss eine versicherte Person, unabhängig ihres Alters, stationär behandelt werden, erstatten wir für eine Begleitperson, die stationär mit aufgenommen wird, ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 Euro für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr bis 24 Uhr). Für die Mitaufnahme der Begleitperson muss keine medizinische Notwendigkeit vorliegen. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet.

4.5.4.2 Was leisten wir für Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen?

Wir erstatten die gesondert berechneten ärztlichen Leistungen für eine ambulante Aufnahme- und eine Abschlussuntersuchung im Krankenhaus zu 100 %. Voraussetzung ist, dass sie im Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführt werden.

4.5.4.3 Was leisten wir für vor- und nachstationäre Behandlungen?

Wir erstatten die gesondert berechneten ärztlichen Leistungen für ambulante Vor- und Nachbehandlungen gemäß § 115a SGB V (siehe Anhang).

4.5.4.4 Was leisten wir für allgemeine Krankenhausleistungen bei „freier Krankenhauswahl“ in Deutschland?

Wenn Sie in Deutschland ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus aufsuchen, entstehen eventuell Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang).

Diese Mehrkosten erstatten wir zu 100 %.

Sofern es sich um eine Privatklinik **ohne** Versorgungsvertrag mit der Gesetzlichen Krankenversicherung handelt, erstatten wir diese Mehrkosten **nicht**.

4.5.4.5 Was leisten wir bei ambulanten Operationen?

Wir erstatten die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen bei ambulanten Operationen zu 100 %, wenn der Eingriff als stationsersetzende Maßnahme anzusehen ist. Als stationsersetzend gelten die in § 115b SGB V (siehe Anhang) geregelten ambulanten Operationen, durch die ein stationärer Aufenthalt vermieden werden kann. Dazu gehört auch jeweils eine damit in Zusammenhang stehende ambulante Vor- und Nachuntersuchung.

Wir erstatten keine Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen und die die GKV nicht übernimmt, beispielsweise Kosten für OP-Saal-Nutzung in einer Privatklinik, Übernachtung oder Verpflegung.

4.5.4.6 Ist es sinnvoll einen Kostenvoranschlag einzureichen?

Wenn Sie rechtzeitig vor Beginn Ihrer Behandlung eine Kopie des Kostenvoranschlags einreichen, informieren wir Sie gerne über die Höhe der voraussichtlichen Erstattung. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Kostenvoranschlags erfolgt nicht.

5 Services

5.1 Unterstützung

Wir unterstützen Sie mit einem vielfältigen Angebot im Leistungsfall und rund um Ihren Vertrag.

Nähere Informationen erhalten Sie unter www.vrk.de.

5.2 Gebührenrechtliche Unterstützung

Bei Fragen zum Gebührenrecht bietet die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung Unterstützung bei Streitfragen und bei der Abwehr von ungerechtfertigten Ansprüchen. Auf Wunsch wird die Kommunikation mit den Leistungserbringern wie mit Ärzten oder Krankenhäusern übernommen.

5.3 Spezialistensuche

Wenn Sie für Behandlungen im tariflichen Rahmen nach Behandlungsmöglichkeiten und Ärzten suchen, unterstützen wir Sie dabei. Wird im Rahmen der Behandlung bei einem von uns benannten Arzt eine rechtsgültige Honorarvereinbarung über den Höchstsätzen der Gebührenordnung geschlossen, so werden diese Gebühren übernommen.

6 Beiträge

Der Tarif wird nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersgruppen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person:

Altersgruppe	Monatsbeitrag
0 – 20 Jahre	8,90 Euro
21 – 55 Jahre	13,20 Euro
Ab 56 Jahre	22,29 Euro

Für die Höhe der Erstbeiträge ist Ihr tatsächliches Alter am Tag vor dem Versicherungsbeginn ausschlaggebend. Der Beitrag richtet sich nach der Altersgruppe dieses Alters.

Während der Vertragslaufzeit verändert sich der Beitrag ab dem Monatsersten nach Ihrem 21. bzw. 56. Geburtstag. Sie müssen dann den Beitrag der jeweils erreichten, nächsthöheren Altersgruppe zahlen.

Durch Beitragsanpassungen gemäß § 8 b der AVB können sich die genannten Beiträge verändern.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem gültigen Versicherungsschein.

7 Glossar

Im folgenden Abschnitt erläutern wir verschiedene medizinische und in der Versicherung gebräuchliche Fachbegriffe. Das Glossar enthält keine Leistungsversprechen.

Allgemeine Krankenhausleistungen

Allgemeine Krankenhausleistungen sind vor allem die medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte sowie z. B. Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung im Mehrbettzimmer, soweit sie nicht gesondert berechenbar sind.

Alterungsrückstellungen

Die Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung dienen der Absicherung des höheren Krankheitsrisikos im Alter.

Ambulante Heilbehandlung

Wörtlich heißt ambulant „nicht ortsgebunden“. Bezogen auf die ärztliche Heilbehandlung bedeutet ambulant, dass Sie von einem Arzt behandelt werden und danach wieder nach Hause gehen können. Normalerweise wird eine ambulante Heilbehandlung von einem Haus- oder Facharzt in dessen Praxis durchgeführt. Auch einige Krankenhäuser bieten ambulante Leistungen an, bei denen Sie die Klinik am Tag der Behandlung wieder verlassen können. Es findet also kein „stationärer“ Aufenthalt statt. Denn bei einer ambulanten Heilbehandlung verbringen Sie weder die Nacht vor noch die Nacht nach dem Eingriff im Krankenhaus.

Anwartschaftsversicherung

Sie können eine Anwartschaftsversicherung für bestimmte Lebensumstände abschließen. Damit erwerben Sie sich das Recht, den in Anwartschaft stehenden Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten aufleben zu lassen. Der Abschluss und das Aufleben einer Anwartschaftsversicherung sind an bestimmte Voraussetzungen gebunden.

Während einer Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Die Anwartschaftsversicherung ist beitragspflichtig.

Bezugsdatum

Das ist das Datum, an dem Sie Ihre „Ware“ oder „Dienstleistung“ bezogen haben. Wenn Sie z. B. ein Arzneimittelrezept erhalten haben, ist das Bezugsdatum das Datum, an dem Sie das Medikament in der Apotheke geholt haben.

Erstattungsvermerk

Als Erstattungsvermerk wird die Bestätigung der GKV oder eines anderen Kostenträgers bezeichnet. Daraus muss sich ergeben, ob und ggf. in welcher Höhe die berechneten Kosten erstattet werden/wurden.

Gebührenordnungen

Die Gebührenordnungen regeln die Abrechnung der Leistungen im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung.

Für ärztliche Leistungen ist es die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und für Hebammen-Leistungen gelten die Gebührenordnungen der einzelnen Bundesländer. Die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ist die GOP.

Heilfürsorge

Die Heilfürsorge ist eine besondere Form der Fürsorge des Dienstherrn (Bund oder Land) gegenüber seinen Beamten. Sie gehört weder zur gesetzlichen noch zur privaten Krankenversicherung. Heilfürsorge wird speziell denjenigen Berufsgruppen gewährt, deren Tätigkeit besonders risikoreich und gefährlich ist, z. B. Polizeibeamte.

Heilmittel

Sie dienen zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen und wirken überwiegend äußerlich auf den Körper ein, wie z. B. Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie.

Hilfsmittel

Hilfsmittel gleichen körperliche und geistige Funktionseinschränkungen aus oder erfüllen therapeutische Zwecke, wie z.B. Alltagserleichterung durch Gehhilfen oder Hörgeräte.

Krankenhausbehandlung

Eine Krankenhausbehandlung kann vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant durchgeführt werden. Welche Behandlungsart für Sie in Frage kommt, entscheiden der einweisende Arzt oder die behandelnden Ärzte im Krankenhaus.

Bei einem stationären Aufenthalt müssen Sie in der Regel auf der Station eines Krankenhauses verweilen.

Die vollstationäre Behandlung ist die klassische Krankenhausbehandlung. Sie umfasst neben der erforderlichen medizinischen Behandlung (Ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Arzneimittel etc.) auch Unterkunft und Verpflegung. Eine (voll-)stationäre Heilbehandlung liegt vor, wenn Sie zeitlich ununterbrochen – mindestens aber einen Tag und eine Nacht – im Krankenhaus untergebracht sind.

Eine teilstationäre Heilbehandlung beschränkt sich meist auf die Unterbringung in Tages- bzw. Nachtkliniken. Sie müssen demnach nicht ununterbrochen anwesend sein. Vielmehr ist die teilstationäre Heilbehandlung gekennzeichnet durch die eingeschränkte Verweildauer.

Unter der vorstationären Behandlung ist die Behandlung im Krankenhaus ohne Unterkunft und Verpflegung zu verstehen. Vorstationäre Aufenthalte sind vor allem dann geeignet, wenn man die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung abklären oder eine solche vorbereiten will.

Wie die vorstationäre Behandlung beinhaltet auch die nachstationäre Behandlung keine Unterkunft und keine Verpflegung. Sie kommt in Frage, wenn der Behandlungserfolg eines stationären Aufenthaltes gesichert werden soll.

Krankenversicherung nach Art der Schaden

Die Prämie wird auf Basis einer jährlichen Betrachtung berechnet und kalkuliert keine Alterungsrückstellungen ein.

Kunstlinsen-Operation

Bei einer Kunstlinsen-Operation wird die körpereigene trübe Linse durch eine klare Kunstlinse ersetzt. Die Sehkraft ist somit nicht mehr durch die Linsentrübung beeinträchtigt.

LASIK-Operation

Bei der LASIK-Operation wird durch Gewebeabtragung innerhalb der Hornhaut eine Änderung der Hornhautkrümmung erreicht und damit eine Fehlsichtigkeit ausgeglichen.

Textform

Textform bedeutet: Die Erklärung muss auf einem dauerhaften Datenträger abgegeben werden und die Person, die die Erklärung abgibt, muss in der Erklärung benannt werden. Im Gegensatz zur Schriftform ist keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z. B. reicht ein Fax, eine SMS oder eine E-Mail.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem die versicherte Person unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z. B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Weitere Ereignisse stehen in diesem Tarif einem Unfall gleich. Diese sind im Tarif geregelt.

Unverzüglich

Unverzüglich bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“.

Versicherte Person

Die versicherte Person ist diejenige Person, für die der vereinbarte Versicherungsschutz abgeschlossen wurde.

Wahltarif

Wahltarife sind ein teils freiwilliges, teils gesetzlich vorgeschriebenes, Angebot von gesetzlichen Krankenkassen, das von den gesetzlich Versicherten genutzt werden kann.

8 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung

Auszug aus § 39 - Krankenhausbehandlung

- (2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

§ 115a – Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

- (1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
 2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene

Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

- (2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.
- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausesgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115b – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022
1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärer Eingriffe und stationärer Behandlungen,
 2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationärsersetzenden

Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann.

Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen.

In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

- (1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

- (2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.
- (3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.
- (4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.