

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- Vollversicherung

Stand: 01.02.2017

Teil IIs: Tarif S3 für die stationäre Heilbehandlung

Der Tarif (Teil IIs der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt zusammen mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
Versicherungsleistungen	2
A. Unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung in Deutschland	2
1. Stationäre Behandlung im Krankenhaus	2
2. Ambulante stationsersetzende Operationen	2
3. Stationäre Behandlung in gemischten stationären Einrichtungen	3
4. Stationäre Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation	3
5. Stationäre Psychotherapie	3
6. Fahrt- und Transportkosten, Bergung	3
7. Haushaltshilfen	4
8. Pauschale zur Kinderbetreuung	4
9. Maßnahmen zur Entwöhnung	4
10. Lebendorgan-, Gewebe- und Knochenmarkspenden	5
11. Stationäre Versorgung in einem Hospiz	5
12. Kommunikationshilfen	5
B. Unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ausland	5
1. Leistungen im Ausland	5
2. Rücktransport, Bergung, Überführung, Bestattung	6
C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)	6
1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen	7
2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen	8
3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis	8
D. Anpassung der Erstattungsgrenzen	8
E. Zuordnung der Kosten	8
F. Kombination mit anderen Tarifen	8
Glossar	9

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten 100 % für allgemeine Krankenhausleistungen.

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten A. und B.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die stationäre Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 9.

Versicherungsleistungen

Die Leistungen unter den Abschnitten A. und B. erstatten wir zu 100 %.

Voraussetzung:

Die jeweils festgelegten tariflichen Erstattungsgrenzen werden nicht überschritten.

A. Unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung in Deutschland

1. Stationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die

- unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen
und
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen
und
- Krankengeschichten führen
und
- ihre Entgelte nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) berechnen.

Die stationäre Heilbehandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus oder einem Entbindungsheim gilt ebenfalls als Behandlung im Krankenhaus.

(2) Wir leisten nicht für die Behandlung in Krankenhäusern, die nicht dem Anwendungsbereich des KHEntgG oder der BPfIV unterliegen.

(3) Zur stationären Heilbehandlung zählen:

- die vollstationäre Behandlung,
- die teilstationäre Behandlung,
- die vor- und nachstationäre Behandlung sowie
- ambulante **stationersetzende Operationen**.

(4) Wir erstatten die Kosten für:

- allgemeine Krankenhausleistungen,
- Belegärzte im Rahmen der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Ärzte** (GOÄ) sowie
- Beleghebammen und Belegentbindungspfleger nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung für Hebammen.

Nicht versichert sind Wahlleistungen, also eine separat berechenbare Unterkunft und separat berechenbare privatärztliche Behandlungen.

(5) Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen während des stationären Aufenthaltes der Mutter sind vom Versicherungsschutz der Mutter umfasst.

Voraussetzung:

Es wird eine Nachversicherung für das Kind abgeschlossen (siehe Teil I Abschnitt A.5).

2. Ambulante stationersetzende Operationen

(1) Versichert sind ambulante Operationen im Krankenhaus, die einen medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt vermeiden.

Voraussetzungen:

- Wir erhalten für die ambulante **stationersetzende Operation** vor Beginn der Behandlung vom Behandelnden einen Kostenvoranschlag. Darauf muss die Bezeichnung der Operation mit einem **Prozeduren-Kode** aus dem gültigen Verzeichnis der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) enthalten sein
und

- wir würden die Kosten für einen stationären Aufenthalt im Rahmen der Krankheitskostenversicherung übernehmen.

(2) Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen, erstatten wir nicht (beispielsweise Kosten für Übernachtungen oder die Verpflegung).

3. Stationäre Behandlung in gemischten stationären Einrichtungen

(1) Gemischte stationäre Einrichtungen sind stationäre Einrichtungen, die

- auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchführen und/oder Genesende (Rekonvaleszenten) aufnehmen und
- unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen und
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

(2) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in gemischten stationären Einrichtungen erstatten wir die Kosten für Krankenhausleistungen (beispielsweise Pflegesätze, Sonderentgelte, **Fallpauschalen** und Zuschläge).

Nicht versichert sind Wahlleistungen, also eine separat berechenbare Unterkunft und separat berechenbare privatärztliche Behandlungen.

Unterliegt die gemischte stationäre Einrichtung nicht dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), so gilt folgende Regelung:

Wir erstatten maximal die Kosten einer Behandlung im nächstgelegenen Krankenhaus, das dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegt.

4. Stationäre Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation

(1) Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre **Anschlussheilbehandlung**.

Voraussetzung:

Diese beginnt innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus.

Ist ein Beginn innerhalb von 28 Tagen aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüfen wir die Gründe. Wenn eine **Anschlussheilbehandlung** medizinisch notwendig ist, sagen wir die Leistung auch für einen späteren Beginn zu.

Dauert die **Anschlussheilbehandlung** voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt:

Sie müssen von uns eine schriftliche Zusage für die Leistung ab der 5. Woche einholen.

Wir empfehlen Ihnen, dass Sie diese Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagen wir die Leistung zu.

(2) Versichert sind auch stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation.

(3) Wir erstatten die Kosten nicht, wenn andere Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.

5. Stationäre Psychotherapie

Versichert ist die stationäre Psychotherapie. Den Umfang finden Sie unter Abschnitt A.1. und A.3.

6. Fahrt- und Transportkosten, Bergung

(1) Versichert ist der medizinisch notwendige Transport zum und vom nächsten, geeigneten und aufnahmebereiten Krankenhaus nach Abschnitt A.1. Absatz 1 und Abschnitt A.3 Absatz 1. Wir erstatten auch die Kosten für medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten **stationärer ersetzenden Operationen**.

(2) Versichert sind auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Fahruntüchtigkeit.

Voraussetzung:

Die Geh- oder Sehunfähigkeit sowie die Fahruntüchtigkeit beruhen auf einer Krankheit oder sind Folge einer ärztlichen Behandlung.

Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

(3) Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für eine Fahrt nach den Absätzen 1 oder 2 erstatten wir 0,30 EUR pro Kilometer.

(4) Versichert sind ebenfalls die Kosten für:

- die medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus sowie

- den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport zu einer auswärtigen ambulanten Untersuchung während einer stationären Behandlung.

Voraussetzung:

Die Kosten dürfen nicht bereits in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten sein.

(5) Versichert sind die Kosten für eine Bergung der versicherten Person bis zu einem Rechnungsbetrag von 12.000 EUR pro Versicherungsfall.

Voraussetzung:

Wir erstatten die Kosten, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise eine private Unfallversicherung) leisten muss.

7. Haushaltshilfen

(1) Versichert sind die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn die versicherte Person aus folgenden Gründen den Haushalt nicht weiterführen kann:

- wegen einer Behandlung im Krankenhaus
oder
- wegen einer ambulanten **stationersetzenden Operation**
oder
- wegen einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, die ein gesetzlicher Rehabilitationsträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) oder eine Krankheitskosten-Vollversicherung übernimmt
oder
- wegen einer stationären Kur.

Voraussetzung:

Wir benötigen dafür jeweils ein ärztliches Attest. Zusätzlich müssen folgende Umstände vorliegen:

- Im Haushalt lebt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat
oder
- im Haushalt lebt ein Kind, das behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist
und
- keine sonst im Haushalt lebende, volljährige Person kann den Haushalt weiterführen.

(2) Wir erstatten für eine Haushaltshilfe bis zu 10 EUR pro Stunde, jedoch maximal 75 EUR pro Tag. Wir zahlen zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Die Erstattung erfolgt aus dem versicherten Tarif des erkrankten Elternteils.

Ausnahme:

Wir erstatten keine Kosten, wenn ein Verwandter und Verschwägerter der versicherten Person die Haushaltshilfe übernimmt.

8. Pauschale zur Kinderbetreuung

Erkrankt ein nach diesem Tarif versichertes Kind, zahlen wir für die Betreuung eine Pauschale von 250 EUR.

Voraussetzungen:

- Das Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet
und
- eine andere im Haushalt des versicherten Kindes lebende Person kann das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen
und
- ein Elternteil muss zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes mindestens vier Arbeitstage nacheinander der Arbeit fernbleiben. Dafür benötigen wir eine ärztliche Bescheinigung.

Wir erstatten die Pauschale einmal im Kalenderjahr. Dabei berücksichtigen wir die Leistungen für eine Pauschale für die Kinderbetreuung aus anderen Tarifen.

9. Maßnahmen zur Entwöhnung

Versichert sind die allgemeinen Krankenhausleistungen bei stationären Maßnahmen zur Entwöhnung. Das sind alle Behandlungen, die den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel lösen sollen. Den Umfang finden Sie unter Abschnitt A. 1. und A.3.

Wir erstatten maximal 3 Maßnahmen pro Diagnose, unabhängig davon ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Ausnahme:

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin erstatten wir nicht. Wir erstatten auch keine Maßnahmen zur Entwöhnung, für die andere Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.

10. Lebendorgan-, Gewebe- und Knochenmarkspenden

(1) Versichert sind bei einer Lebendorgan-, Gewebe- oder Knochenmarkspende nach dem Transplantationsgesetz (TPG) auch die damit zusammenhängenden Kosten des Organspenders. Diese sind Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers.

(2) Unabhängig davon ob der Spender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist, erstatten wir in Höhe des tariflich vereinbarten Umfangs des Empfängers folgende Kosten:

- die Kosten für die ambulante und/oder stationäre Behandlung des Spenders,
- mögliche zusätzliche Kosten, die durch direkte Komplikationen bei der Organentnahme entstehen,
- die Kosten für eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung des Spenders, die durch die Organspende medizinisch notwendig geworden ist,
- die Kosten für die Nachbetreuung des Spenders nach dem Transplantationsgesetz (TPG),
- angemessene Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die direkt mit der medizinischen Behandlung zusammenhängen,
- einen nachgewiesenen Verdienstausschlag des Spenders, der durch die medizinische Behandlung entstanden ist,
- die während dieser Zeit auf den Spender entfallenden Beiträge zur gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil). Alternativ erstatten wir auch die Beiträge zu einer gleichwertigen privaten Versicherung, maximal aber in Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Versicherung sowie
- wenn der Spender Anspruch auf Entgeltfortzahlung hat, das weiterhin gezahlte Arbeitsentgelt einschließlich der vom Arbeitgeber getragenen Beiträge zur Sozialversicherung.

(3) Versichert ist ebenfalls die von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) berechnete Organisationspauschale. Wir zahlen die Pauschale direkt an die DSO.

Voraussetzung:

Diese Pauschale ist nicht bereits in dem vom Krankenhaus berechneten Entgelt enthalten.

11. Stationäre Versorgung in einem Hospiz

Versichert ist die stationäre und teilstationäre Versorgung in Hospizen, die palliativ-medizinische Behandlungen (**Palliativ-Versorgung**) durchführen.

Wir erstatten die Kosten, die für die Versorgung eines gesetzlich Versicherten abgerechnet werden dürfen.

Ausnahme:

Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die private Pflegepflichtversicherung) leisten muss, erstatten wir nicht.

12. Kommunikationshilfen

Wir erstatten die Kosten für Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfverordnung (beispielsweise Gebärdensprache- oder Schriftdolmetscher) in Höhe der dort genannten Entschädigungssätze.

Voraussetzung:

Die Hilfen sind erforderlich, damit eine Verständigung mit dem Behandelnden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung möglich ist.

B. Unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ausland

1. Leistungen im Ausland

Bei vorübergehenden Aufenthalten und bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb Deutschlands erstatten wir nach den folgenden Absätzen.

(1) Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den folgenden Vorschriften entsprechen:

- Den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und
- einer eventuell geltenden **Gebührenordnung** oder **Taxe** für den Behandelnden oder die behandelnde Einrichtung.

Wir erstatten maximal die Kosten, die bei einer Behandlung und Unterkunft in einem deutschen Krankenhaus angefallen wären.

Unsere Erstattungsleistung ermitteln wir mit folgenden Annahmen:

- Das deutsche Krankenhaus unterliegt dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

und

- das deutsche Krankenhaus hat den höchsten **Landesbasisfallwert**.

(2) Wir erstatten die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen deutschen **Gebührenordnung für Ärzte** (GOÄ).

(3) Wir erstatten auch eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.

(4) Versichert ist auch eine stationäre Entbindung im Ausland. Für die Erstattung gelten die Absätze 1 bis 3.

2. Rücktransport, Bergung, Überführung, Bestattung

(1) Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport aus dem Ausland an den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

In folgenden Fällen gehen wir von einer medizinischen Notwendigkeit aus:

- Im Ausland ist die medizinische Versorgung nicht sichergestellt oder
- nach ärztlicher Prognose ist ein Aufenthalt im Krankenhaus im Ausland von voraussichtlich mehr als 14 Tagen notwendig oder
- die Kosten der Behandlung im Ausland sind voraussichtlich höher als die im Heimatland. Die Kosten für den Rücktransport zählen zu den Kosten für die Behandlung im Heimatland. Heimatland in diesem Sinne ist das Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Auf Wunsch übernehmen wir die Organisation des medizinisch notwendigen Rücktransportes.

(2) Wird eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, nach Absatz 1 zurücktransportiert, sind auch die Kosten einer notwendigen Begleitperson versichert.

(3) Bei einem Rücktransport des versicherten Elternteils sind auch die entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender Kinder versichert.

Voraussetzung:

Die Kinder haben das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet und kein anderer Kostenträger (beispielsweise eine separat abgeschlossene Auslandsreisekrankenversicherung) muss leisten.

(4) Versichert sind die Kosten für eine Bergung der versicherten Person bis zu einem Rechnungsbetrag von 12.000 EUR pro Versicherungsfall.

Voraussetzung:

Es muss kein anderer Kostenträger (beispielsweise eine private Unfallversicherung) leisten.

(5) Im Todesfall sind die Kosten bis maximal 12.000 EUR versichert für:

- die Überführung der verstorbenen versicherten Person aus dem Ausland an ihren ständigen Wohnsitz oder
- die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland.

(6) Bei Notfällen erreichen Sie uns aus dem Ausland Tag und Nacht unter

0049 711 - 99 52 20 01

Auf Wunsch unterstützen wir Sie gerne in folgenden Bereichen:

- Informationen über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung,
- Nennung eines Arztes vor Ort,
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt,
- Organisation des Austausches von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten (vor allem zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt),
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
- Organisation des medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie
- bei Tod einer versicherten Person: Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland oder Organisation der Bestattung im Ausland.

C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)

Änderungen Ihres Tarifs müssen Sie bei uns beantragen. Bitte stellen Sie Ihre Anträge in Textform (Brief, E-Mail, Fax).

Voraussetzungen für den Wechsel des Tarifs im Rahmen der Optionsrechte sind allgemein:

- Der gewünschte Tarif ist zum Zeitpunkt des Wechsels für neue Versicherte geöffnet oder
- der gewünschte Tarif ist im Teil IIs der allgemeinen Versicherungsbedingungen dieser **Tariflinie** enthalten

und

- die versicherte Person ist im gewünschten Tarif **versicherungsfähig**.

1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen

(1) Sie können verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umstellen.

Termin der Umstellung ist der 1. des Geburtsmonats in dem die versicherte Person das 30., das 35., das 40., das 45. oder das 50. Lebensjahr erreicht. Sie müssen den Antrag auf Umstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin stellen.

(2) Die Umstellung des Versicherungsschutzes ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen können Sie auch verlangen:

- bei **Entsendung** ins Ausland, wenn der Aufenthalt im Ausland an die berufliche Tätigkeit gebunden ist,
- bei Aufenthalten im Ausland, die zusammenhängend länger als 182 Tage andauern,
- einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit,
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person,
- bei Abschluss einer akademischen Weiterbildung durch die versicherte Person (beispielsweise Ausbildung zum Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen),

Voraussetzung:

Die versicherte Person übt eine ihrer Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit aus.

- bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs,

Voraussetzung:

Beide Partner sind nach diesem Tarif versichert.

- bei Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
- bei Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft sowie
- bei einer Erhöhung des Einkommens von mindestens 20 % innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbstständiger oder selbstständiger Tätigkeit der versicherten Person.

Voraussetzung bei selbstständiger Tätigkeit:

Die versicherte Person muss die Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten 3 Jahre nachweisen. Der Vergleichswert dafür ist der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der 3 davor liegenden Jahre.

(3) Die Umstellung ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in den ursprünglichen Tarif der versicherten Person können Sie verlangen bei Ende

- der Elternzeit,
- der Altersteilzeit,
- der Pflegezeit,
- der Arbeitslosigkeit sowie
- eines Sabbaticals (Sabbatjahres). Dies ist eine vertraglich vereinbarte und zeitlich begrenzte berufliche Auszeit. Die Vereinbarung ist zum Beispiel in einem Arbeitsvertrag geregelt.

Voraussetzung:

Sie haben den Versicherungsschutz bei Beginn eines der vorgenannten Ereignisse in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt.

(4) Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen in den Absätzen 2 und 3 beschriebenen Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

(5) Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Für die Einstufung des Beitrags gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Dabei rechnen wir die aus dem Vertrag erworbenen **Alterungsrückstellungen** an. Bisher vereinbarte **Risikozuschläge** oder **Leistungsausschlüsse** bleiben bestehen. Ihren individuellen Beitrag für prozentuale **Risikozuschläge** passen wir entsprechend an.

(6) Für ein mitversichertes Kind können Sie die Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne **Gesundheitsprüfung** in folgenden Fällen verlangen:

- Gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, wenn dieser nach Absatz 1 oder 2 seinen Versicherungsschutz erhöht,
- einmalig bei Abschluss der Schulausbildung sowie
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums.

Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen

Sie können jeweils zum 1. des folgenden Monats verlangen, dass wir den Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder geringeren Leistungen umstellen.

3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis

Bei einem Wechsel in ein Beamtenverhältnis können Sie den Versicherungsschutz taggenau in **beihilfekonforme** Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung umstellen. Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach dem Wechsel in ein Beamtenverhältnis bei uns beantragen.

D. Anpassung der Erstattungsgrenzen

Die festgelegten Erstattungsgrenzen gelten pro versicherter Person und Kalenderjahr. Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können wir die Erstattungsgrenzen zu Ihren Gunsten anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Änderung ist zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich und
- ein unabhängiger Treuhänder muss die Anpassung prüfen und deren Angemessenheit bestätigen.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

E. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung stattfindet oder
- sonstige tarifliche Leistungen erbracht werden.

F. Kombination mit anderen Tarifen

Der Tarif S3 kann nur zusammen mit einem Tarif aus den Teilen IIa sowie IIz bestehen.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Anschlussheilbehandlung: ist eine Rehabilitationsmaßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt stattfindet. Sie wird in der Regel bei schweren Erkrankungen (beispielsweise Krebs, Schlaganfall) und nach Operationen (beispielsweise Herzoperationen, künstliches Hüftgelenk) sowie nach schweren Unfällen durchgeführt.

Beihilfekonforme Versicherung: Personen mit Anspruch auf Beihilfe, zum Beispiel Beamte und Richter, erhalten über die Beihilfe eine teilweise Erstattung für ihre Krankheitskosten. Weil die Beihilfe die finanzielle Lücke allein nicht schließen kann, können Beihilfeberechtigte eine private Krankenversicherung abschließen. Diese Restkostenversicherung leistet nur in Höhe der verbleibenden Kosten. Wenn die Beihilfe zum Beispiel 70 % der Kosten erstattet, erhält der Beihilfeberechtigte aus der Restkostenversicherung 30 %.

Entsendung liegt vor, wenn ein Beschäftigter sich auf Weisung seines Arbeitgebers für begrenzte Zeit ins Ausland begibt und dort arbeitet. Das Beschäftigungsverhältnis mit dem deutschen Arbeitgeber bleibt bestehen. Zum Beispiel kann ein Dienstleistungsunternehmen einen Auftrag in einem anderen Land erhalten und seine Arbeitnehmer dorthin schicken, um den Auftrag auszuführen.

Erstattungsfähiger Rechnungsbetrag: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die von Ihrem Versicherungsschutz umfasst und nach den gesetzlichen Vorschriften berechenbar sind. Weist ein Beleg Leistungen aus, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, müssen wir für diese Positionen nicht zahlen. Wir gehen dann bei der Erstattung von einem anderen Betrag aus, dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.

Fallpauschale ist eine Form der Vergütung von stationären medizinischen Leistungen. Abgerechnet wird ein festgelegter Preis pro Behandlungsfall, unabhängig von den tatsächlich erbrachten Leistungen. Im Gegensatz dazu gibt es auch zeitraumbezogene Vergütungen (wie tagesgleiche Pflegesätze) oder die Vergütung einzelner Leistungen (Einzelleistungsvergütung).

Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) regeln die Abrechnung der ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen bei Privatpatienten. Ärzte und Zahnärzte dürfen ihre Honorare nicht frei kalkulieren, sondern sind bei ihrer Abrechnung an die GOÄ oder GOZ gebunden.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmendeckung und die Beitragsberechnung.

Landesbasisfallwert: Der Basisfallwert bildet die Grundlage für die Vergütung von Krankenhausleistungen. Seit 2005 gibt es für jedes Bundesland einen einheitlichen Landesbasisfallwert. Die Krankenhäuser eines Bundeslandes ermitteln mit diesem Betrag ihre Preise für stationäre Behandlungen.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir zum Beispiel, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Palliativ-Versorgung: siehe **spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung**.

Prozeduren-Kode meint den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – das ist die offizielle Klassifikation zum Verschlüsseln von medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) stellt den OPS jährlich neu bereit.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine **Gesundheitsprüfung** durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung: Die Palliativ-Versorgung ist ausgerichtet auf die Schmerzlinde- rung, aber nicht mehr auf die Heilung einer Krankheit. Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) bezeichnet ein Gesamtkonzept zur Beratung, Begleitung und Versorgung schwerkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

stationärer Operation: Darunter versteht man einen chirurgischen Eingriff in einer Praxis, Praxisklinik oder im Krankenhaus ohne anschließende Übernachtung. Wenn die Erkrankung und der Gesundheitszustand des Patienten es zulassen, können so unnötige vollstationäre Behandlungen im Krankenhaus vermieden werden.

Tariflinie: Eine Tariflinie umfasst mehrere Einzeltarife, denen die gleichen allgemeinen Regelungen zugrunde liegen. Die Tarife einer Tariflinie werden in der Regel unter dem gleichen Namen angeboten. Namenszusätze wie zum Beispiel Classic, Comfort oder Premium kennzeichnen unterschiedliche Leistungsumfänge oder Erstattungshöhen.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfe-ergänzungstarife) möglich.