



Krankheitskostenteilversicherung Teil III stationäre Zusatzversicherung: Tarif SZplus

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 kann versichert werden?
- 1.4 Wer ist versicherungsfähig?

2 Wartezeiten

3 Unsere Leistungen – allgemeine Grundsätze

- 3.1 Welche Leistungserbringer gibt es?
- 3.3 Wann gelten die Aufwendungen als entstanden?
- 3.4 Was gilt für die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers?

4 Unsere Leistungen – Höhe der Erstattungen

- 4.1 Welche Wahlleistungen übernehmen wir?
- 4.2 Werden die Kosten für eine Begleitperson übernommen?
- 4.3 Was leisten wir für Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen?
- 4.4 Was leisten wir für vor- und nachstationäre Behandlungen?
- 4.5 Was leisten wir für allgemeine Krankenhausleistungen bei „freier Krankenhauswahl“ in Deutschland?
- 4.6 Was leisten wir bei ambulanten Operationen?
- 4.7 Ist es sinnvoll einen Kostenvoranschlag einzureichen?
- 4.8 Was sind die optionalen Leistungen?
 - 4.8.1 Unterkunft im Einbettzimmer
 - 4.8.2 Erstattung über den Höchstsätzen der Gebührenordnungen
- 4.9 Optionsrecht

5 Besondere Bedingungen für die Vereinbarung einer Start Police

- 5.1 Was ist die Start Police?
- 5.2 Wer kann versichert werden?
- 5.3 Ist ein vorzeitiges Ende der Start-Phase möglich?
- 5.4 Ist eine Anwartschaftsversicherung möglich?

6 Services

- 6.1 Unterstützung
- 6.2 Gebührenrechtliche Unterstützung
- 6.3 Spezialistensuche
- 6.4 Gesundheitsportal
- 6.5 Schnelligkeitsgarantie

7 Beiträge

8 Glossar

9 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 HUK-COBURG-Krankenversicherung AG und
- Teil III Tarifbedingungen des Tarifs SZplus.

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 Krankheitskosten-Zusatzversicherung für stationäre Leistungen, die die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzt.

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:

- Wahlleistungen für die gesondert berechenbare Unterkunft im Krankenhaus
- Wahlleistungen für die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus
- die Mitaufnahme einer Begleitperson
- ärztliche Leistungen bei stationersetzenden ambulanten Operationen
- ärztliche Leistungen bei Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen
- die Mehrkosten in einem anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhaus

Der genaue Leistungsumfang ist in den Ziffern 3 und 4 vereinbart.

1.3 Wer ist versicherungsfähig?

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

Wenn die jeweilige 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 allgemeine Wartezeit für die Leistungen beträgt 3 Monate, sie entfällt bei Unfällen. Die besondere Wartezeit für Entbindung und Psychotherapie beträgt 8 Monate.

Die Regelungen zu den Wartezeiten finden Sie in § 3 Teil I und II der AVB.

3 Unsere Leistungen – allgemeine Grundsätze

3.1 Welche Leistungserbringer gibt es?

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

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

erbracht werden.

3.2 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).

Wir übernehmen die Leistungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung.

Eine Erstattung über den Höchstsätzen ist nur dann möglich, wenn Sie entweder die Spezialistensuche gemäß Ziffer 6.3 nutzen oder die „optionalen Leistungen“ gemäß Ziffer 4.8 abgeschlossen haben.

3.3 Wann gelten die Aufwendungen als entstanden?

Die Aufwendungen rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem die Behandlung erfolgte.

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

Wenn Ihre GKV oder ein anderer Kostenträger eine Vorleistung erbringt, übernehmen wir maximal die Differenz zwischen den Gesamtkosten und der GKV-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.

4 Unsere Leistungen – Höhe der Erstattungen

Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Versichert sind auch die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, die Fehlgeburt und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch.

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.

4.1 Welche Wahlleistungen übernehmen wir?

Wir erstatten bei stationärer Behandlung die folgenden Kosten zu 100 %:

- gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer, inklusive der vom Krankenhaus angebotenen und vereinbarten Komfortmerkmale der Unterbringung, z. B. Fernsehanschluss, Internetanschluss oder besondere Verpflegung. Bei Entbindungen der versicherten Person zahlen wir statt des Zweibettzimmers auch die gesondert berechenbare Unterkunft im Familienzimmer. Wird die Unterbringung im Einbettzimmer in Anspruch genommen, so werden die Kosten erstattet, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.
- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare belegärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Leistungen einer Beleghebamme oder eines Belegentbindungspflegers.

Auch wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen einer medizinisch notwendigen Behandlung **nicht** übernimmt, weil die Behandlung beispielsweise in einer Privatklinik stattfindet, erstatten wir die Leistungen gemäß Ziffer 4 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 keine Kosten für eine gesondert berechenbare Unterbringung geltend machen,
- 30 Euro für jeden Behandlungstag, sofern Sie für den gesamten Aufenthalt keine gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen geltend machen,
- 50 Euro für jeden Behandlungstag, sofern beide oben genannten Bedingungen erfüllt sind.

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 und bei ambulanten stationersetzenden Operationen erstatten wir kein Ersatz-Krankenhaustagegeld. Für die Zeit der Unterbringung auf einer Intensiv- oder Säuglingsstation erstatten wir kein Ersatz-Krankenhaustagegeld wegen der nicht geltend gemachten gesondert berechenbaren Unterbringung.

4.2 Werden die Kosten für eine Begleitperson übernommen?

Muss eine versicherte Person, unabhängig ihres Alters, stationär gemäß Ziffer 4 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.

4.3 Was leisten wir für Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen?

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

4.4 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 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 GKV handelt, erstatten wir diese Mehrkosten nicht.

4.6 Was leisten wir bei ambulanten Operationen?

Wir erstatten die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen bei ambulanten Operationen zu 100 %, wenn der Eingriff als stationersetzende Maßnahme anzusehen ist. Als stationersetzend 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.

4.7 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.

4.8 Was sind die optionalen Leistungen?

Die optionalen Leistungen „Unterkunft im Einbettzimmer“ und „Leistungen über den Höchstsätzen der Gebührenordnung“ können nur **gemeinsam** vereinbart werden. Wir erbringen die Leistung hierfür nur, wenn Sie diese mit uns vereinbart haben. Ob das der Fall ist, ist auch in ihrem Versicherungsschein dokumentiert.

Wenn Sie bei Vertragsabschluss die optionalen Leistungen nicht gewählt haben, können Sie diese nachträglich abschließen. Für diese Mehrleistung sind eine Antragstellung und eine Gesundheitsprüfung erforderlich. Der Einschluss ist frühestens zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung möglich. Es fallen dann die bedingungsgemäßen Wartezeiten für diese Mehrleistung an.

4.8.1 Unterkunft im Einbettzimmer

Wir erstatten die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer zu 100 %. Bei Entbindungen der versicherten Person zahlen wir statt des Einbettzimmers auch die gesondert berechenbare Unterkunft im Familienzimmer.

Sofern Sie bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung bzw. stationärer Entbindung für die Unterbringung im Einbettzimmer oder im Familienzimmer keine Kosten geltend machen, zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 Euro.

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 stationersetzenden Operationen sowie bei Unterbringung auf einer Intensiv- oder Säuglingsstation erstatten wir dieses Ersatz-Krankenhaustagegeld nicht.

Die Regelungen im Punkt 4.1 bleiben hiervon unberührt.

4.8.2 Erstattung über den Höchstsätzen der Gebührenordnungen

Über die Regelung in Ziffer 3.2 hinaus, erstatten wir Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang, wenn sie über den Höchstsätzen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Hierfür muss der behandelnde Arzt vor Behandlungsbeginn mit Ihnen eine rechtsgültige Honorarvereinbarung abschließen.

4.9 Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann für jede im Vertrag nach Tarif SZplus versicherte Person verlangen, dass die optionalen Leistungen gemäß Ziffer 4.8 ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten eingeschlossen werden.

Die Umstellung kann nur zum 01.01. (erstmalig zum 01.01. des 6. Versicherungsjahres) erfolgen, wenn vor dem Umstellungszeitpunkt fünf Versicherungsjahre (siehe § 8 (2.1) der AVB) lang ununterbrochen Versicherungsschutz im derzeitigen Tarif bestand. Wird diese Option nicht wahrgenommen, beginnt die Fünf-Jahres-Frist erneut.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- die versicherte Person ist nach Tarif SZplus versichert und
- es bestand innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Umstellung kein Beitragsverzug und
- der Versicherungsnehmer beantragt spätestens bis zum 31.10. vor dem Umstellungstermin den Einschluss der optionalen Leistungen.

Bei Optionsausübung werden bereits bestehende Sondervereinbarungen entsprechend übernommen. Dieses Optionsrecht lässt die Rechte aus § 1 (6) der AVB unberührt.

Die Dauer von fünf ununterbrochenen Versicherungsjahren verlängert sich um die Zeiten, in denen der Tarif SZplus als Anwartschaftsversicherung geführt wird. Das Optionsrecht kann dann zum nächsten 01.01. wahrgenommen werden, der auf die beschriebene Verlängerung folgt.

Für die Höhe der Beiträge ist jeweils das zum Zeitpunkt des Tarifwechsels erreichte Alter maßgebend. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Altersrückstellung wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

5 Besondere Bedingungen für die Vereinbarung einer Start Police

5.1 Was ist die Start Police?

Sie können den Tarif SZplus als Start Police vereinbaren. Die Besonderheit der Start Police liegt in der gestuften Beitragszahlung.

Sie zahlen zunächst einen geringeren Beitrag als ohne Start Police. Diesen Zeitraum nennen wir Startphase. Der Leistungsumfang ändert sich durch die verminderte Beitragszahlung nicht. In der Startphase werden allerdings entsprechend der geringeren Beitragszahlung auch geringere Alterungsrückstellungen gebildet.

Die Startphase setzt sich aus einer konstanten Phase und einer anschließenden Steigerungsphase zusammen.

Die konstante Phase dauert 3 Jahre. Mit Beginn des vierten Jahres beginnt die Steigerungsphase. Hier steigt der Beitrag jedes Jahr zum Ersten des Monats, in dem der Jahrestag (siehe Glossar) liegt, stufenweise an. Die letzte Steigerung nehmen wir zu Beginn des 10. Jahres vor. Der stufenweise Anstieg wird im Versicherungsschein ausgewiesen. Nach der Steigerungsphase beginnt die Zielphase. Aufgrund der in der Startphase geringer gebildeten Alterungsrückstellungen ist der Beitrag in der Zielphase höher als ohne Start-Police.

5.2 Wer kann versichert werden?

Bei Abschluss der Start Police müssen Sie mindestens 21 und dürfen höchstens 50 Jahre alt sein.

Die besonderen Bedingungen für die Start Police können Sie nur bei einem Neuabschluss vereinbaren.

Wenn Sie nach Tarif SZplus versichert sind, können Sie zum Ersten des Monats, der auf Ihren 21. Geburtstag folgt, die besonderen Bedingungen für die Start Police vereinbaren. Ihr Antrag auf die Start Police muss innerhalb von sechs Monaten nach Ihrem 21. Geburtstag bei uns vorliegen.

5.3 Ist ein vorzeitiges Ende der Start-Phase möglich?

Sie können jederzeit ein vorzeitiges Ende der Startphase beantragen. Die Änderung wird zum nächsten Monatsersten nach Ihrer Antragstellung wirksam. Ab diesem Zeitpunkt beginnt die Zielphase.

5.4 Ist eine Anwartschaftsversicherung möglich?

Eine Anwartschaftsversicherung ist möglich, wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen. Die besonderen Beitragsregelungen der Start Police entfallen mit dem Beginn der Anwartschaftsversicherung.

6 Services

6.1 Unterstützung

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

Nähere Informationen erhalten Sie unter www.huk.de.

6.2 Gebührenrechtliche Unterstützung

Bei Fragen zum Gebührenrecht bietet die HUK-COBURG-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.

6.3 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, unabhängig davon, ob Sie die optionalen Leistungen gemäß Ziffer 4.8.2 versichert haben.

6.4 Gesundheitsportal

Unter der Internetadresse www.huk.de können Sie sich zu den Themen Gesundheit, Aktuelles aus Medizin, Forschung und Reisemedizin informieren

6.5 Schnelligkeitsgarantie

Wir garantieren Ihnen eine Bearbeitung der Leistungsanträge innerhalb von zwei Wochen. Sollten wir dieses Versprechen nicht einhalten, zahlen wir Ihnen als »Entschuldigung« 10 Euro.

Die zwei Wochen zählen ab Posteingang bei uns. Liegen Feiertage innerhalb dieses Zeitraums, verlängert sich die Frist entsprechend.

Voraussetzung für unser Versprechen ist lediglich, dass Sie zum Einreichen Ihrer Rechnungen entweder den Leistungsscheck oder einen von uns angebotenen elektronischen Weg nutzen.

Bitte informieren Sie sich außerdem auf www.huk.de über Einreichungsmöglichkeiten, die Ihnen die Schnelligkeitsgarantie sichern.

7 Beiträge

Der Tarif ist nach Art der Lebensversicherung kalkuliert. Das bedeutet, dass für Erwachsene ab 21 Jahren Alterungsrückstellungen gemäß § 8 a (2) AVB gebildet werden.

Für die Höhe der Erstbeiträge ist Ihr Eintrittsalter ausschlaggebend.

Als tarifliches Eintrittsalter gilt Ihr tatsächliches Alter am Monatsende vor Versicherungsbeginn.

Der Beitrag richtet sich nach der Altersgruppe dieses Eintrittsalters.

Während der Vertragslaufzeit verändert sich der Beitrag ab dem Monatsersten nach Ihrem 16. und nach Ihrem 21. Geburtstag folgendermaßen:

Optionale Leistungen sind vereinbart	... nicht vereinbart
Beitrag nach dem 16. Geburtstag	9,47 Euro	8,05 Euro
Beitrag nach dem 21. Geburtstag	31,91 Euro	27,44 Euro

Eventuell vereinbarte Zuschläge (beispielsweise Risikozuschläge) sind hier noch nicht berücksichtigt.

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

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem gültigen Versicherungsschein.

8 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.

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.

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 Jugendlichenpsychotherapeuten 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 oder Soldaten.

Jahrestag

Der Jahrestag ist der Tag, an dem sich der Versicherungsbeginn jährt.

Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung

Bei der Ermittlung des Beitrags zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses wird einkalkuliert, dass das Krankheitsrisiko altersbedingt im Laufe der Zeit steigt. Dem Prinzip der Kapitaldeckung folgend werden Alterungsrückstellungen gebildet.

Textform

Textform bedeutet: Schriftlich, aber hier ist im Gegensatz zur Schriftform 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.

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.

9 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 Krankenhäuser 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 stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender 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 stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden 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, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Im Gutachtenauftrag 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, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden 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.