

Tarif KlinikUpgrade Top (L)

(Tarif KUT(L))

Die folgende Kurzübersicht soll eine schnelle Orientierung über die tariflichen Leistungen geben, weshalb die Inhalte sehr verkürzt dargestellt sind. Die vollständige und rechtsverbindliche Festlegung der Tarifleistungen entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen für den Tarif KlinikUpgrade Top (L) (Teil II: Tarif KUT(L)) auf den folgenden Seiten.

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen

- Erstattung der Aufwendungen für **privatärztliche Leistungen** im Krankenhaus (Wahlarzt, Belegarzt), **auch über Höchstsätze der GOÄ** hinaus
- Unterbringung im **Ein- oder im Zweibettzimmer**
- Unterbringung im **Familienzimmer** bei stationärer Entbindung
- **50 Euro Ersatz-Krankenhaustagegeld** bei Verzicht auf gesondert berechenbare **ärztliche Leistungen**
- **50 Euro Ersatz-Krankenhaustagegeld** bei Verzicht auf gesondert berechenbare **Unterbringung** für jeden Tag des Verzichts
- Erstattung der **Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen** bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses
- **Unterbringung und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson** bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes (sofern jünger als 14 Jahre)
- Erstattung der Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bei **vor- und nachstationärer Behandlung** im Krankenhaus, auch **über Höchstsätze der GOÄ** hinaus
- Erstattung der Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen jeweils einer **ambulanten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung**, auch **über Höchstsätze der GOÄ** hinaus
- Erstattung der Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für **ambulant durchgeführte stationersetzende Operationen im Krankenhaus**, auch **über Höchstsätze der GOÄ** hinaus



Inhaltsverzeichnis zu den Tarifbedingungen für den Tarif KlinikUpgrade Top (L) (Teil II: Tarif KUT(L))

A	Allgemeine vertragliche Bestimmungen	3
A1	Versicherungsfähigkeit	3
A2	Wartezeiten	3
B	Allgemeine Grundsätze zur Leistungserstattung	3
B1	Versicherte stationäre Behandlung	3
B2	Vorleistung der Grundversicherung	3
C	Erstattungsfähige Aufwendungen	3
C1	Privatärztliche Behandlung bei stationärer Behandlung	3
C2	Gesondert berechenbare Unterkunft bei stationärer Behandlung	4
C3	Ersatz-Krankenhaustagegeld	4
C4	Allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen Krankenhauses	4
C5	Rooming-In bei stationärer Behandlung	4
C6	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	5
C7	Aufnahme und Abschlussuntersuchung bei stationärer Behandlung	5
C8	Ambulant durchgeführte stationsersetzende Operationen im Krankenhaus	5
D	Sonderbedingungen für Erwachsene bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres	5
E	Glossar	7

Tarifbedingungen für den Tarif KlinikUpgrade Top (L) (Teil II: Tarif KUT(L))

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die stationäre Zusatzversicherung (AVB/SZV). Zentrale Begriffe sind nachfolgend kursiv dargestellt und werden im Glossar erläutert.

A Allgemeine vertragliche Bestimmungen

A1
Versicherungsfähigkeit Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben. Entfällt dieser Anspruch, endet zum Zeitpunkt des Entfalls auch die Versicherung nach diesem Tarif.

A2
Wartezeiten Abweichend von § 3 AVB/SZV entfällt die allgemeine Wartezeit. Die besondere Wartezeit gemäß § 3 AVB/SZV bleibt unberührt.

B Allgemeine Grundsätze zur Leistungserstattung

B1
Versicherte stationäre Behandlung Als stationäre Behandlung gelten sowohl die vollstationäre als auch die *teilstationäre Behandlung* sowie die *vor- und nachstationäre Behandlung* im Sinne von Abschnitt C6.

Versichert sind neben *akutstationären Behandlungen* auch stationäre *Anschlussrehabilitationen* im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), bei denen die GKV der *Kostenträger* ist. Nicht versichert sind solche Anschlussrehabilitationsmaßnahmen, bei denen die GKV nicht der *Kostenträger* ist. Nicht versichert sind darüber hinaus andere *Rehabilitationsmaßnahmen*, insbesondere Entwöhnungsbehandlungen sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlungen (vgl. auch § 5 Abs. 1 g) AVB/SZV).

B2
Vorleistung der Grundversicherung Sofern ein Anspruch auf Leistungen der GKV oder anderer *Kostenträger* (z.B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) besteht, sind diese Leistungen vorrangig in Anspruch zu nehmen. Der Versicherer ist berechtigt, hierüber einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

Ein eventuell bestehender Selbstbehalt in einem Wahltarif nach § 53 SGB V gilt als Vorleistung der GKV und wird nicht erstattet. Ebenfalls nicht erstattet werden Zuzahlungen, die bei der GKV gemäß § 61 SGB V zu leisten sind.

Übernimmt die GKV bei einer stationären Behandlung die *allgemeinen Krankenhausleistungen*, so erkennt der Versicherer die *medizinische Notwendigkeit* der stationären Behandlung insoweit an.

C Erstattungsfähige Aufwendungen

C1
Privatärztliche Behandlung bei stationärer Behandlung Erstattungsfähig sind Aufwendungen für *gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen* (Wahlarzt, *Belegarzt*) bis zu den Höchstsätzen der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*. Bei Abschluss einer *rechtswirksamen Honorarvereinbarung* gemäß § 2 GOÄ sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.

- C2
Gesondert berechenbare Unterkunft bei stationärer Behandlung**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die *gesondert berechenbare Unterbringung* im Ein- oder im Zweibettzimmer. Bei stationärer Entbindung sind auch die Aufwendungen für die Unterbringung in einem Familienzimmer erstattungsfähig, sofern die Schwangere bzw. Mutter des Neugeborenen nach diesem Tarif versichert ist. Die Erstattung für die *gesondert berechenbare Unterbringung* erfolgt im Rahmen der *gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.* (PKV-Verband).
- C3
Ersatz-Krankenhaustagegeld**
- Werden bei einer *akutstationären Behandlung* Leistungen nach Abschnitt C1 bzw. C2 nicht in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld gezahlt, und zwar:
- 50 Euro, sofern während des gesamten stationären Aufenthalts gesondert berechenbare ärztliche Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. Das Krankenhaustagegeld wird dann für jeden Tag des stationären Aufenthalts gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein voller Tag.
 - 50 Euro, sofern während des stationären Aufenthalts eine *gesondert berechenbare Unterbringung* nicht in Anspruch genommen wurde. Das Krankenhaustagegeld wird dann für jeden Tag des stationären Aufenthalts gezahlt, an dem eine *gesondert berechenbare Unterbringung* nicht in Anspruch genommen wurde. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein voller Tag.
- Es können für einen stationären Aufenthalt auch beide Ersatzleistungen parallel bezogen werden.
- Für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres wird der jeweils hälftige Betrag gezahlt.
- Eine Ersatzleistung gemäß Buchstaben b. wird nicht geleistet während des Aufenthalts auf einer Intensiv- oder Säuglingsstation sowie bei *teilstationärer Behandlung* in einer Tagesklinik.
- Bei einer gemäß Abschnitt B1 versicherten *Anschlussrehabilitation* wird kein Ersatz-Krankenhaustagegeld geleistet.
- C4
Allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen Krankenhauses**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Mehrkosten für *allgemeine Krankenhausleistungen* bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses ohne zwingenden Grund gemäß § 39 Abs. 2 SGB V.
- Diese Leistung wird nicht erbracht, wenn das gewählte Krankenhaus nicht nach *Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)* oder *Bundespflegeverordnung (BPfIV)* abrechnet, was z.B. bei *Privatkliniken* ohne Versorgungsvertrag mit der GKV der Fall ist.
- C5
Rooming-In bei stationärer Behandlung**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Mitaufnahme (Unterbringung und Verpflegung) einer erwachsenen Begleitperson bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes, welches zu Beginn der stationären Behandlung das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Das Vorliegen der *medizinischen Notwendigkeit* für die Mitaufnahme einer erwachsenen Begleitperson wird unter diesen Voraussetzungen vom Versicherer als gegeben angesehen.

- C6 Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus** Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen bei *vor- und nachstationärer Behandlung* im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V bis zu den Höchstsätzen der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*. Bei Abschluss einer *rechtswirksamen Honorarvereinbarung* gemäß § 2 GOÄ sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- C7 Aufnahme und Abschlussuntersuchung bei stationärer Behandlung** Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen jeweils einer ambulanten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung bis zu den Höchstsätzen der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*. Bei Abschluss einer *rechtswirksamen Honorarvereinbarung* gemäß § 2 GOÄ sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- C8 Ambulant durchgeführte stationsersetzende Operationen im Krankenhaus** Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für *ambulant durchgeführte stationsersetzende Operationen im Krankenhaus* bis zu den Höchstsätzen der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*. Bei Abschluss einer *rechtswirksamen Honorarvereinbarung* gemäß § 2 GOÄ sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- Die ambulant stationsersetzenden Operationen im Krankenhaus ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V erstellten Katalog.
- Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen jeweils einer ambulanten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung bis zu den Höchstsätzen der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)* im Zusammenhang mit einer stationsersetzenden ambulanten Operation im Krankenhaus. Bei Abschluss einer *rechtswirksamen Honorarvereinbarung* gemäß § 2 GOÄ sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.

D Sonderbedingungen für Erwachsene bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, und C können folgende Sonderbedingungen, vereinbart werden, die eine Versicherung erwachsener Personen nach Tarif KlinikUpgrade Top bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres gemäß § 8a Abs. 4 AVB/SZV ohne Bildung von *Alterungsrückstellungen* ermöglichen.

1. **Tarifbezeichnung**
Solange die Sonderbedingungen gelten, lautet die Tarifbezeichnung KlinikUpgrade Top (Tarif KUT). In Unterscheidung hierzu lautet die Tarifbezeichnung für Erwachsene ohne Sonderbedingungen KlinikUpgrade Top L (Tarif KUTL).
2. **Aufnahmefähigkeit**
Aufnahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind nach Abschnitt A1 versicherungsfähige Personen mit einem Eintrittsalter zwischen 21 und 40 Jahren.

3. Beitragsberechnung

Jede nach den Sonderbedingungen versicherte Person wird in eine der folgenden Altersgruppen eingeordnet:

- 21 bis 25 Jahre
- 26 bis 30 Jahre
- 31 bis 45 Jahre

Maßgeblich für die Einordnung ist dabei die Differenz aus aktuellem Kalenderjahr und Geburtsjahr der versicherten Person. Der Beitrag ist abhängig von der Altersgruppe und steigt mit der nächsthöheren Altersgruppe an. Ändert sich für eine versicherte Person während der Versicherungszeit nach diesen Sonderbedingungen die Altersgruppe, in die sie einzuordnen ist, erhöht sich damit auch der Beitrag. Es werden keine *Alterungsrückstellungen* gebildet.

4. Entfall der Sonderbedingungen vor Vollendung des 45. Lebensjahres nach Beantragung

Nach Abschluss der Sonderbedingungen kann für die versicherte Personen jederzeit der Entfall der Sonderbedingungen und die Fortführung unter Bildung von *Alterungsrückstellungen* nach Tarif KUTL zum nächsten Monatsersten beantragt werden. Es ist dann der Beitrag zum erreichten Eintrittsalter (Differenz aus aktuellem Kalenderjahr und Geburtsjahr) im Tarif KUTL zu bezahlen.

5. Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen nach Vollendung des 45. Lebensjahres

Die Sonderbedingungen entfallen spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 45. Lebensjahres folgt. Der Versicherungsschutz wird dann bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von *Alterungsrückstellungen* im Tarif KUTL fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das dann erreichte Eintrittsalter 46 maßgebend.

6. Kündigungsrecht nach obligatorischem Entfall der Sonderbedingungen

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nach obligatorischem Entfall der Sonderbedingungen nach Nummer 5 nicht weiterführen, kann er den Vertrag für die betroffene versicherte Person bis zu zwei Monate nach Beginn der Fortführung in Tarif KUTL rückwirkend zum Zeitpunkt des Entfalls der Sonderbedingungen kündigen.

E Glossar

Um Ihnen das Verstehen der Tarifbedingungen zu erleichtern, erklären wir im Folgenden – alphabetisch sortiert – einige zentrale Begriffe aus diesen Tarifbedingungen. Diese Begriffe sind in den Tarifbedingungen selbst **kursiv** kenntlich gemacht.

- **Akutstationäre Behandlungen:** Dies sind Krankenhausbehandlungen, die unerlässlich sind, um Ihre Gesundheit wiederherzustellen bzw. einer Verschlimmerung einer Krankheit entgegenzuwirken. Hierzu gehören neben stationären Behandlungen im Rahmen von Operationen (sowohl notfallmäßige als auch geplante) beispielsweise auch stationäre Aufenthalte wegen Chemo- oder Strahlentherapie. In Abgrenzung hierzu siehe auch >> *Rehabilitationsmaßnahmen*.
- **Allgemeine Krankenhausleistungen:** Die allgemeinen Krankenhausleistungen bezeichnen die Grundleistungen eines Krankenhauses (Standardkategorie/Allgemeine Pflegeklasse), auf die Sie als gesetzlich Versicherter Anspruch haben.
- **Alterungsrückstellungen:** Sofern Ihr Beitrag mit Alterungsrückstellungen kalkuliert ist, wird ein zusätzlicher Prämienbestandteil erhoben, der verzinslich angespart wird, um die durchschnittlich deutlich höheren Leistungsausgaben im Alter zu finanzieren.
- **Ambulant durchgeführte stationersetzende Operationen im Krankenhaus:** Sie müssen operiert werden und es ist medizinisch indiziert, dass Sie diese Operation im Rahmen eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus durchführen. Sofern es medizinisch in Ihrem Fall auch möglich und vertretbar ist, die Operation ambulant im Krankenhaus durchzuführen und Sie sich hierfür entscheiden, sprechen wir von einer ambulant durchgeführten stationersetzenden Operation im Krankenhaus. Die ambulant stationersetzenden Operationen im Krankenhaus können beim Versicherer jederzeit erfragt werden.
- **Anschlussrehabilitation:** Siehe >> *Rehabilitationsmaßnahmen*.
- **Belegarzt:** Ein Belegarzt ist ein Arzt, der Sie in einem Krankenhaus operiert bzw. behandelt, ohne selbst dort angestellt zu sein. Er hat stattdessen mit dem Krankenhaus eine vertragliche Vereinbarung geschlossen, dass er Betten einer Station ganz oder teilweise mit seinen Patienten belegen und auch die Einrichtungen des Krankenhauses (z.B. Operationssaal, Apparate zur Diagnostik) nutzen darf. Ein Belegarzt ist grundsätzlich berechtigt, seine Leistungen zusätzlich zu den >> *allgemeinen Krankenhausleistungen* privat nach >> *GOÄ* abzurechnen.
- **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):** Sofern ein Arzt in Deutschland nicht mit Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung, sondern mit Ihnen privat abrechnet, ist er dazu gesetzlich verpflichtet, nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen.
- **Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband):** Für die >> *gesonderte berechenbare Unterbringung* im Ein- oder Zweibettzimmer erstatten wir die Kosten im Rahmen der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV / § 17 Abs. 1 KHEntgG.
- **Gesondert berechenbare privatärztliche Leistung:** Durch die >> *allgemeinen Krankenhausleistungen* besteht Anspruch auf die Behandlung durch den diensthabenden Stationsarzt. Werden Sie auf Ihren Wunsch dagegen vom Chefarzt behandelt und schließen Sie mit diesem eine >> *wahlärztliche Vereinbarung*, so kann dieser Ihnen seine Aufwendungen zusätzlich privat in Rechnung stellen. Ähnliches kann für einen >> *Belegarzt* gelten. Diese nach >> *GOÄ* gesondert berechenbaren Gebühren übernehmen wir, sofern Sie nach Tarif KlinikUpgrade Top (L) versichert sind.

- **Gesondert berechenbare Unterbringung:** Durch die >> *allgemeinen Krankenhausleistungen* besteht nur Anspruch auf die Unterbringung in der Standardkategorie/Allgemeinen Pflegeklasse im jeweiligen Krankenhaus. In der Regel ist das ein Dreibettzimmer, in einigen Krankenhäusern kann auch ein meist kleineres Zweibettzimmer die Standardkategorie darstellen. Wollen Sie während Ihres Krankenhausaufenthalts besser untergebracht sein (Ein- oder Zweibettzimmer, Familienzimmer, falls Sie stationär entbinden) berechnet das Krankenhaus hierfür zusätzliche Kosten, die wir im Rahmen der >> *gemeinsamen Empfehlung der deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband)* übernehmen, sofern Sie nach Tarif KlinikUpgrade Top (L) versichert sind.
- **Kostenträger:** Die Kosten einer >> *Rehabilitationsmaßnahme*, insbesondere einer stationären >> *Anschlussrehabilitation* trägt in vielen Fällen die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung. In diesem Fall leistet Tarif KlinikUpgrade Top (L) grundsätzlich nicht. Ist in Ihrem Fall jedoch die gesetzliche Krankenversicherung der Kostenträger einer >> *Anschlussrehabilitation*, leistet Tarif KlinikUpgrade Top (L) als stationäre Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung in vollem tariflichem Umfang.
- **Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder Bundespflegesatzverordnung (BPflV):** Krankenhäuser in Deutschland, die von Ihnen als gesetzlich Versicherter in Anspruch genommen werden dürfen, unterliegen entweder den Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung. In diesem vom Gesetzgeber erlassenen Regelwerk werden u.a. auch die Richtlinien festgelegt, welche Gebühren für >> *allgemeine Krankenhausleistungen* ein Krankenhaus berechnen darf.
- **Medizinische Notwendigkeit:** Wir leisten grundsätzlich nur für medizinisch notwendige Behandlungen. Wir leisten z.B. nicht bei rein ästhetischen Operationen ohne medizinische Indikation. Sofern Ihre gesetzliche Krankenversicherung für eine >> *akutstationäre Behandlung* oder eine >> *Anschlussrehabilitation* die >> *allgemeinen Krankenhausleistungen* übernimmt, erkennen wir die medizinische Notwendigkeit automatisch an und leisten in vollem tariflichem Umfang.
- **Privatkliniken:** Diese unterliegen in Deutschland keiner gesetzlichen Regulierung bezüglich berechenbarer Gebühren für >> *allgemeine Krankenhausleistungen* und erheben meist deutlich höhere Gebühren als die, die nach >> *Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder Bundespflegesatzverordnung (BPflV)* berechnungsfähig wären. Deshalb wird sich Ihre gesetzliche Krankenversicherung in vielen Fällen nicht an den Kosten für >> *allgemeine Krankenhausleistungen* einer Privatklinik beteiligen. Bitte beachten Sie, dass diese Kosten in diesen Fällen auch nicht aus Tarif KlinikUpgrade Top (L) übernommen werden können. Alle anderen Kosten, insbesondere die für >> *gesondert berechenbare Unterbringung* bzw. für >> *gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung* übernehmen wir stattdessen in tariflich vollem Umfang.
- **Rechtswirksame Honorarvereinbarung:** Bei Abrechnung persönlich erbrachter ärztlicher Leistungen werden die erbrachten Leistungen gemäß >> GOÄ unter gewissen Voraussetzungen mit einem Steigerungssatz versehen. Dieser Steigerungssatz beträgt maximal 3,5 (Höchstsatz). Die >> GOÄ eröffnet einem Arzt aber auch die Möglichkeit, vor Beginn einer Behandlung eine Honorarvereinbarung mit dem Patienten zu schließen, um gewisse Leistungen mit einem höheren als dem 3,5-fachen Satz abzurechnen. Rechtsgültig ist eine solche Vereinbarung nur, wenn sie die in § 2 GOÄ festgelegten Kriterien erfüllt. Diese besagen unter anderem, dass eine Honorarvereinbarung den Hinweis enthalten muss, dass Erstattungsstellen (also Ihr Krankenversicherer) die Gebühren über den Höchstsätzen gegebenenfalls nicht übernimmt und folglich von Ihnen selbst zu tragen sind. Wir übernehmen die Gebühren über den Höchstsätzen bei Vorliegen einer rechtswirksamen Honorarvereinbarung, sofern Sie nach Tarif KlinikUpgrade Top (L) versichert sind.

- **Rehabilitationsmaßnahmen:** Diese können sowohl ambulant als auch stationär stattfinden und dienen dazu, Sie nach überstandener Erkrankung, auf den Arbeits- oder Lebensalltag zu Hause vorzubereiten. Die häufigste Rehabilitationsmaßnahme ist die Anschlussrehabilitation. Sie findet in der Regel zeitnah nach einer >> *akutstationären Behandlung* statt, die so schwerwiegend bzw. einschneidend ist, dass Sie als Patient Unterstützung zur Rückkehr in den Alltag benötigen. Beispiele für >> *akutstationäre Behandlungen*, die in der Regel eine Anschlussrehabilitation nach sich ziehen sind große orthopädische oder neurologische Operationen, Operationen am Herzen oder Gehirn oder Organtransplantationen. Siehe auch >> *Kostenträger*.
- **Teilstationäre Behandlung:** Es handelt sich um eine Behandlung in einem Krankenhaus, die entweder nur tagsüber (Tagesklinik) oder nachts (Nachtklinik) stattfindet. In der jeweils anderen Hälfte der Zeit sind Sie zu Hause.
- **Vor- und nachstationäre Behandlung:** Es handelt sich um eine Behandlung im Krankenhaus ohne Unterkunft und Verpflegung. Das Ziel der vorstationären Behandlung ist es, die stationäre Behandlung vorzubereiten oder deren Notwendigkeit abzuklären. Das Ziel der nachstationären Behandlung ist es, die vorangegangene stationäre Behandlung zu festigen bzw. deren Ergebnis zu sichern. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung. Sofern Sie für den stationären Aufenthalt die >> *gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung* gewählt haben, wird auch die vor- und nachstationäre Behandlung privat nach >> *GOÄ* abgerechnet werden, deren Kosten wir nach Tarif KlinikUpgrade Top (L) übernehmen.
- **Wahlärztliche Vereinbarung:** Sofern Sie bei einem stationären Aufenthalt vom Chefarzt einer Abteilung behandelt werden wollen, schließt dieser mit Ihnen eine wahlärztliche Vereinbarung, die ihn berechtigt, seine Leistungen zusätzlich zu den >> *allgemeinen Krankenhausleistungen* privat nach >> *GOÄ* abzurechnen.