

Tarif CSR

Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung Januar 2026

Wesentliche Merkmale des Tarifs CSR

Stationäre Heilbehandlung

- Mehrbettzimmer
- belegärztliche Behandlung
- stationäre Anschlussheilbehandlungen

Erstattungshöhe

- Kostenerstattung entsprechend der gewählten Tarifstufe (z.B. 50% in Tarifstufe CSR.50)

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung
- Krankentransporte

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Sinne einer Beihilfeverordnung, die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen.

Die Versicherungsfähigkeit setzt weiterhin voraus, dass die Beiträge weiterer Tarife der Krankheitskostenvollversicherung, in denen bereits Versicherungsschutz besteht, geschlechtsunabhängig erhoben werden.

Die Versicherung nach Tarif CSR endet mit Ende des Monats, in dem der Beihilfeanspruch wegfällt (Weiterversicherung siehe Tarifbedingung Nummer 3 zu § 2 MB/KK 2009).

Nach der Tarifstufenkombination CSR.30 + CSR.120 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30% durch Wegfall der Tarifstufe CSR.120. Sollte die Reduzierung des Versicherungsschutzes auf die Tarifstufe CSR.30 nach Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist zum Zeitpunkt des Eintritts des

Versorgungsfalles ein Tarifwechsel in die Tarifstufe CSR.50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte bei einem dann höheren Beitrag vorzunehmen. Sollte bereits vor Eintritt des Versorgungsfalles bekannt sein, dass auch im Versorgungsfalle der Beihilfebemessungssatz nur 50% beträgt, ist zu diesem Zeitpunkt bereits anstelle des Versicherungsschutzes nach der Tarifstufenkombination CSR.30 + CSR.120 die Tarifstufe CSR.50 zu wählen.

II. Höhe der Erstattung

Die gemäß Abschnitt III. erstattungsfähigen tariflichen Aufwendungen werden entsprechend der versicherten Prozentstufe anteilig erstattet:

Tarifstufe CSR.50	50% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CSR.45	45% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CSR.40	40% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CSR.35	35% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CSR.30	30% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CSR.25	25% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CSR.20	20% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CSR.120	20% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CSR.15	15% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CSR.10	10% des Rechnungsbetrages

III. Versicherungsleistungen

Der Versicherer leistet

- bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern;
- bei medizinisch notwendiger stationärer Anschlussheilbehandlung und stationären Entziehungsmaßnahmen gemäß den Tarifbedingungen Teil II zu § 5 MB/KK 2009 in Einrichtungen, die von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger bzw. Beihilfeträger hierfür anerkannt sind;
- bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen;
- bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Schwangerschaft und Entbindung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. Allgemeine Krankenhausleistungen

- 1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in). Hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.
- 1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, sind als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne privatärztliche Leistungen) und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers erstattungsfähig. Erstattungsfähig ist auch die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in). Hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

Aufwendungen dieser Krankenhäuser in Deutschland sind nur erstattungsfähig, soweit sie die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung vorge-

gebenen Entgelte nicht mehr als 100% übersteigen. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist. Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, das Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme und des -entbindungs-pflegers.

2. Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind Leistungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in einem Krankenhaus erfolgen.

Die Leistungen für Übergangspflege umfassen die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

erstattet.

3. Stationäre Hospizversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine ärztlich verordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,

- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann.

Die Aufwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Soweit anderweitige Leistungsansprüche neben der Leistung des Beihilfeträgers für Hospizleistung bestehen (z.B. aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung) sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Der erstattungsfähige Betrag vermindert sich um diese Vorleistungen.

IV. Besondere Bedingungen zur Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Erstattungsprozentsatz des Tarifs CSR (siehe Abschnitt II.) darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100% nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten – vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet – schriftlich anzuzeigen.

In diesem Fall ändert der Versicherer – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß des jeweiligen Tarifs zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes eintritt.

Erlangt der Versicherer von der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes Kenntnis, ohne dass dieses der Versicherungsnehmer angezeigt hat, ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsschutz zum nächstfolgenden Monatsende im Sinne von Satz 1 zu ändern.