

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Krankheitskosten-Versicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif KrankenhausBest (KHB02) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung KHB02. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

(1) Gesetzlich Krankenversicherte und Heilfürsorgeberechtigte
Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie

- bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) versichert ist oder
- Anspruch auf Heilfürsorge ohne Aufwendungsersatz für stationäre Wahlleistungen hat.

(2) Wegfall der erforderlichen Eigenschaft

Mit Wegfall der in Absatz 1 geregelten Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
- 2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
- 2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?
- 2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?
- 2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?
- 2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus?
- 2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?
- 2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung – mit Ausnahme von zahnärztlichen Leistungen – Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen, approbierten Ärzten.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Zusageerfordernis

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.2 Absatz 2 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(2) Ausnahmen vom Zusageerfordernis

Vom Zusageerfordernis nach Absatz 1 gelten folgende Ausnahmen:

a) Notfallbehandlung

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) – auch bei Notfallweisung – medizinisch notwendig ist.

b) Akute Behandlung während des Aufenthalts

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz 1 eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

c) Einziges geeignetes Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz

Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz 1 das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

d) Tuberkulose-Erkrankungen

Bei Tuberkulose-Erkrankungen (Tbc-Erkrankungen) leisten wir im vertraglichen Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten und Tuberkulose-Sanatorien.

2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (zum Beispiel Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

(1) Erstattungsprozeßsatz

Wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) unterliegt, ersetzen wir 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch - SGB V):

a) Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen - mit Ausnahme von zahnärztlichen Leistungen -, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für wahlärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

b) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen,
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung sowie
- die Betten-Freihaltegebühr für gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer.

Der Anspruch auf Aufwendungsersatz besteht auch, wenn die →versicherte Person im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Heilbehandlung aufgenommen worden ist.

c) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für belegärztliche Leistungen - mit Ausnahme von zahnärztlichen Leistungen -, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für belegärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen, können wir

unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

d) Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen oder Belegentbindungspfleger, die nach den amtlichen Gebührenordnungen berechnungsfähig sind.

e) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich Mitaufnahme einer Begleitperson)

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind nach den folgenden Regelungen erstattungsfähig. Der Anspruch auf Aufwendungsersatz besteht auch, wenn die →versicherte Person im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Heilbehandlung aufgenommen worden ist.

aa) Aufwendungen für die versicherte Person

Wenn die →versicherte Person ein anderes Krankenhaus gewählt hat, als in der ärztlichen Einweisung genannt ist, sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig, die

- nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben und
- nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnungsfähig sind.

bb) Aufwendungen für eine Begleitperson

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für eine medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person, die

- nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben und
- nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnungsfähig sind.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

Anstelle des Aufwendungsersatzes zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von bis zu 50 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) unterliegt, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft

Wir zahlen 25 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

(2) Keine wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistungen

Wir zahlen 25 Euro, wenn

- auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche Leistungen verzichtet wird und
- kein Aufwendungsersatz für gesondert berechnungsfähige belegärztliche Leistungen geltend gemacht wird.

(3) Ausnahmen

Es besteht kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach Absatz 1

- für den Tag, an dem die →versicherte Person aus dem Krankenhaus entlassen wird, oder
- für die Dauer der Behandlung der versicherten Person auf der Intensiv- oder Säuglingsstation.

Es besteht außerdem kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach den Absätzen 1 und 2

- für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus oder,
- wenn sich die stationäre Behandlung auf weniger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

(1) Erstattungsprozentsätze

Wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) unterliegt, gelten folgende Prozentsätze für die Erstattung:

a) Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer

Wenn die →versicherte Person in einem Ein- oder Zweibett-Zimmer untergebracht war, ersetzen wir

- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben.
- 60 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistung erbracht hat.

b) Unterkunft im Drei- oder Mehrbett-Zimmer

Wenn die →versicherte Person in einem Drei- oder Mehrbett-Zimmer untergebracht war, ersetzen wir 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen rechnen wir jedoch durch Abzug in tatsächlicher Höhe an.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

a) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen - mit Ausnahme von zahnärztlichen Leistungen -, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

b) Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen oder Belegentbindungspfleger, die nach den amtlichen Gebührenordnungen berechnungsfähig sind.

c) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- die Unterkunft,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen,
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung,
- die Betten-Freihaltegebühr für Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

Der Anspruch auf Aufwendungsersatz besteht auch, wenn die →versicherte Person im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Heilbehandlung aufgenommen worden ist.

2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Verlegung der →versicherten Person in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) unterliegt. Das gilt auch, wenn diese Transporte nicht medizinisch notwendig sind.

Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn

- die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird und

- die Verlegung über uns organisiert wird.

2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei Schwangerschaft und Entbindung?

Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus gilt auch

- bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung wegen Schwangerschaft und
- bei einer medizinisch notwendigen stationären Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim.

2.2.10 Welcher Versicherungsschutz ist für Auslandsaufenthalte vereinbart?

(1) Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland

Abweichend von Ziffer 1.1.7 Absatz 2 Satz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein besteht während eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz nach diesem Tarif für insgesamt 2 Monate. Die Möglichkeit nach Ziffer 1.1.7 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

(2) Aufwendungen für Auslandsbehandlungen

Wenn nach Absatz 1 und den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffern 1.1.7 und 1.1.8) Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten besteht, sind die Aufwendungen für stationäre Behandlungen im Ausland im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Das gilt unabhängig davon, ob die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen, erstattungsfähig. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die durch Kriegereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegereignissen nach Satz 1.

b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

c) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) wenn die Behandlung durch Ärzte oder in Krankenhäusern durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund vom Aufwendungsersatz ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein →schwebender Versicherungsfall vorliegt, sind wir nicht leistungspflichtig für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

f) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

i) für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger.

j) für Zuzahlungen im Sinne von § 61 des Fünften Buchs Sozialge-setzbuch (SGB V).

k) für zahnärztliche Leistungen. Das gilt unabhängig davon, ob diese von einem Arzt, Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen erbracht werden. Bei stationärer zahnärztlicher Heilbehandlung besteht jedoch Anspruch auf Aufwendungsersatz für die Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer nach Ziffer 2.2.5 Absatz 2 b) sowie für die Krankenhausleistungen nach Ziffern 2.2.5 Absatz 2 e) und 2.2.7 Absatz 2 c).

2.3.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbe-handlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen ver-einbart worden sind, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.