

Gültig ab 01. September 2017

Teil III Tarif SZ Stationäre Zusatzversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) oder auf Heilfürsorge haben. Versicherungsfähig sind auch Personen, die in einer Krankheitskostenvollversicherung eines anderen privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind und diese Versicherung bei stationärer Heilbehandlung nur den Ersatz der Aufwendungen für die Allgemeinen Krankenhausleistungen vorsieht.

2. Versicherungsleistungen

Wir ersetzen Aufwendungen medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen. Dies gilt auch für Fälle einer Entbindung, Fehlgeburt sowie eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation. Aufwendungen in Zusammenhang mit vollstationären Aufenthalten oder ambulanten Operationen für Behandlungen wegen Zahnersatzes sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

3. Kosten für Wahlleistungen

3.1 Die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert berechenbare wahlärztliche¹ oder belegärztliche² Behandlung gelten in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, als Wahlleistungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, gelten die zusätzlichen Kosten für ein Zweibettzimmer und die gesondert berechenbare wahlärztliche oder belegärztliche Behandlung als Wahlleistungen.

3.2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen zu 100% für:

- a. gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und wählt die versicherte Person ein Einbettzimmer, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.
- b. besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Telefon, Internet, Radio- und Fernsehgeräte, soweit Krankenhäuser hierfür gesonderte Zuschläge erheben.
- c. wahlärztliche¹ und belegärztliche² Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind. Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen über die in der GOÄ festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
- d. Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspfleger sowie der freiberuflichen Hebammen und Entbindungspfleger, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

4. Ersatzkrankenhaustagegeld

4.1 Verzichtet die versicherte Person auf die gesondert berechenbare Unterkunft oder die wahlärztliche bzw. belegärztliche Leistung, zahlt die Württembergische ausschließlich bei vollstationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

- a. bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer über die gesamte Dauer einer stationären Behandlung 30 EUR
- b. bei Verzicht auf gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistung bei stationärer Behandlung 50 EUR

4.2 Das Ersatzkrankenhaustagegeld wird nur bei erklärtem Verzicht auf verbesserte Unterbringung bzw. wahlärztliche und belegärztliche Behandlung gezahlt. Insbesondere wird kein Ersatzkrankenhaustagegeld für Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation gezahlt.

4.3 Bei einer Anschlussheilbehandlung besteht bei Verzicht auf verbesserte Unterbringung oder wahlärztliche und belegärztliche Behandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

5. Begleitperson

Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenen Elternteils erstattet. Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

6. Ambulante Operationen

6.1 Bei einer ambulanten Operation in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus, medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder ambulanten OP-Zentrum, die an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung tritt, werden die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 Prozent ersetzt. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation auf der Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger durchgeführt wird.

Erstattungsfähig sind nur Kosten für ambulante Operationen durch Ärzte, die am Krankenhaus, am medizinischen Versorgungszentrum bzw. am ambulanten OP-Zentrum angestellt sind, sowie durch Belegärzte an diesen Einrichtungen.

6.2 Die Aufwendungen für privatärztliche Vergütungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

¹ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte
² Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

6.3 Ebenso erstattungsfähig sind bei einer Hausgeburt die Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

6.4 Die Leistung wird um Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Kostenträger gekürzt.

7. Vor- und nachstationäre Heilbehandlungen

7.1 Kosten für vor- oder nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer versicherten vollstationären Krankenhausbehandlung stehen, werden zu 100% erstattet.

7.2 Kosten für eine im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ersatzpflichtigen Behandlung durchgeführten einmaligen Vor- und Abschlussuntersuchung durch den abrechnungsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt werden zu 100% erstattet.

7.3 Die Kostenerstattung einer vorstationären Behandlung oder Voruntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die Kostenerstattung für nachstationäre Behandlungen oder Abschlussuntersuchungen ist auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung, begrenzt.

7.4 Die Leistung wird um Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Kostenträger gekürzt.

8. Stationäre Anschlussheilbehandlung

8.1 Kann die Anschlussheilbehandlung nicht ambulant durchgeführt werden, sind gesondert berechnete Leistungen von Beleg- oder Wahlärzten sowie gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer während einer Anschlussheilbehandlung (AHB) erstattungsfähig.

8.2 Gemäß Ziffer 4.3 besteht bei einer Anschlussheilbehandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

9. Verbleibende Restkosten bei allgemeinen Krankenhausleistungen

9.1 Wählt die versicherte Person ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland für die stationäre Behandlung, sind die verbleibenden Restkosten (maximal die Differenz zu den allgemeinen Krankenhausleistungen des nächstgelegenen öffentlichen Krankenhauses) zu 100% erstattungsfähig:

- In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen.
- In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse).

Hat die GKV keine Leistungen erbracht, so werden die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Kann die Höhe der Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

9.2 Ausgenommen von der Erstattung verbleibender Restkosten bei allgemeinen Krankenhausleistungen sind die vom Sozialversicherungsträger verlangten Zuzahlungen sowie bei der GKV bestehende Selbstbehalte.

10. Ausland

Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands, nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung, bis zu höchstens 150 EUR je Verweiltage im Krankenhaus. Aufwendungen, die über diesem Satz liegen, sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat oder wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.

11. Verlegung

Erstattungsfähig ist die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) unterliegt. Das gilt auch, wenn diese Transporte nicht medizinisch notwendig sind. Voraussetzung ist, dass die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird.

Die Leistung wird um Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Kostenträger gekürzt.

12. Besondere Bestimmungen

12.1 Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

12.2 Abweichend von § 3 (2) MB/KK 2009 entfällt die allgemeine Wartezeit.

12.3 Abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009 ist für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in gemischten Krankenanstalten im Fall von Operationen, Entbindungen, Fehlgeburten sowie nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.

13. Beiträge

13.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB MB/KK 2009 Teil II Tarifbedingungen zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II MB/KK 2009 Teil II Tarifbedingungen zu § 8 (1) MB/KK 2009).

13.2 Wird für die versicherte Person aufgrund der Vollendung des 20. Lebensjahres bedingungsgemäß ab Beginn des nächsten Kalenderjahres die monatliche Beitragsrate für das Eintrittsalter 21 fällig, so kann auf Antrag des Versicherungsnehmers anstatt der Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Tarif SZ (mit Alterungsrückstellungen) eine Umstellung auf den Tarif SZR (ohne Alterungsrückstellungen) ohne erneute Gesundheitsprüfung erfolgen. Ein solcher Antrag ist innerhalb von zwei Monaten nach Beginn des Kalenderjahres, in dem der Beitrag für das Eintrittsalter 21 fällig ist, in Textform beim Versicherer zu stellen. Die Umstellung erfolgt dann rückwirkend zum 01.01. des jeweiligen Kalenderjahres.

13.3 Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von AVB MB/KK 2009 Teil II Tarifbedingungen zu § 8 (2) MB/KK 2009 nicht vorgesehen.