

Gültig ab 01. September 2017

Tarif SZR Stationäre Zusatzversicherung

gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft (AVB/S)

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.

Bei Eintritt in den Tarif SZR muss die versicherte Person mindestens 21 Jahre (Differenz Kalender- zu Geburtsjahr) alt sein.

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 (BpflV) abrechnen, als Wahlleistungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) 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 Belegentbindungspflegers sowie der freiberuflichen Hebam-

men 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. Ambulante Operationen

5.1 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.

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

5.3 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.

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

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. Vor- und nachstationäre Heilbehandlungen

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

6.2 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.

6.3 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.

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

7. Stationäre Anschlussheilbehandlung

7.1 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.

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

8. Verbleibende Restkosten bei allgemeinen Krankenhausleistungen

8.1 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:

- a. In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen.
- b. In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) 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.

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

9. 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 Verweiltag 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.

10. Verlegung

Erstattungsfähig ist die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) 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.

11. Umstellung des Versicherungsverhältnisses; Wechselrecht

11.1 Nach einer Vertragslaufzeit von mindestens 5 Jahren, längstens aber bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person, hat der Versicherungsnehmer jederzeit das Recht, auf Antrag zum 01. des auf die Antragstellung folgenden Monats ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Tarif SZ mit Alterungsrückstellungen zu wechseln.

11.2 Vollendet die versicherte Person das 55. Lebensjahr, so wird das Versicherungsverhältnis zum 01.01. des Folgejahres ohne erneute Gesundheitsprüfung auf den Tarif SZ umgestellt, sofern die Vertragslaufzeit zum Umstellungszeitpunkt mindestens 5 Jahre beträgt. Beträgt die zurückgelegte Vertragslaufzeit zum 01.01. des Jahres, das auf die Vollendung des 55. Lebensjahres folgt, weniger als 5 Jahre, besteht kein Anspruch auf Wechsel in den Tarif SZ.

11.3 Der Versicherungsnehmer kann der Umstellung des Versicherungsverhältnisses für die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach der Umstellung rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt widersprechen. In diesem Fall verbleibt die versicherte Person weiter im Tarif SZR ohne Alterungsrückstellung und verliert ihren Anspruch auf Wechsel in den Tarif SZ ohne erneute Gesundheitsprüfung.

12. Besondere Bestimmungen

12.1 Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (1) AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

12.2 Abweichend von § 3 (2) AVB/S entfällt die allgemeine Wartezeit.

12.3 Abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 AVB/S 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

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

13.1 Der Beitrag wird für die Altersgruppen

- 21 bis 25 Jahre,
- 26 bis 30 Jahre,
- 31 bis 35 Jahre,
- 36 bis 40 Jahre,
- 41 bis 45 Jahre,
- 46 bis 50 Jahre,
- 51 bis 55 Jahre,
- 56 bis 60 Jahre,
- 61 bis 65 Jahre,
- 66 bis 70 Jahre,
- 71 bis 75 Jahre,
- 76 bis 80 Jahre,
- 81 bis 85 Jahre,
- 86 bis 90 Jahre,
- 91 bis 95 Jahre und
- ab 96 Jahren berechnet.

13.2 Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91. bzw. 96. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu entrichten.

13.3 Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.