

Vertragsgrundlage 552
 Tarif Krankenhaus Premium
 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
 Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für stationäre Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer und wahlärztliche Leistungen) für gesetzlich Krankenversicherte

<p>A. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen einer GKV nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit Ende der Versicherung in der GKV endet auch die Versicherung im Tarif Krankenhaus Premium.</p>
<p>B. Leistungen des Versicherers</p>	<p>Der Versicherer erbringt Versicherungsleistungen nach diesem Tarif wie folgt:</p>
<p>(1) Stationäre Heilbehandlung</p>	<p>Ersetzt werden 100% der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung einschließlich Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet (ergänzend zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009).</p> <p>Wird eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus gewählt, welches nicht den Abrechnungserfordernissen nach dem KHEntgG oder der BpflV entspricht, besteht ein Anspruch auf Erstattung der neben den allgemeinen Krankenhausleistungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur, wenn dies vor Beginn der Behandlung vom Versicherer schriftlich zugesagt wurde. Bei einer notfallmäßigen Einweisung ist eine schriftliche Zusage nicht erforderlich.</p> <p>Für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 KHEntgG und § 2 Abs. 2 BpflV erfolgt kein Aufwendersersatz aus diesem Tarif. Das gilt auch, wenn weder die GKV noch ein sonstiger gesetzlicher Kostenträger die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet (z.B. Privatklinik oder gemischte Anstalten nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2009). Allgemeine Krankenhausleistungen sind z.B. die medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte, Krankenpflege, Verpflegung oder die Unterbringung im Mehrbettzimmer.</p> <p><u>Erstattungsfähig sind folgende verbleibende Aufwendungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Komfortleistungen (z.B. Bereitstellung eines Telefons, eines Fernsehers), die der Höhe nach und im Umfang der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung entsprechen. Bei einer stationären Entbindung sind auch die Aufwendungen für die Unterbringung in einem Familienzimmer erstattungsfähig, sofern die entbindende Person nach diesem Tarif versichert ist. - Aufwendungen für privatärztliche Heilbehandlung (auch durch Belegärzte). Darüber hinaus werden abweichend von Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnungen" auch Mehrkosten für persönlich erbrachte Leistungen des liquidationsberechtigten Arztes, die durch eine wirksame abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erstattet. - Mehrkosten, die gegebenenfalls nach § 39 Absatz 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) anfallen, weil die versicherte Person ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus wählt. - Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, die im Rahmen von vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V entstehen. - Zuzahlungen bei vollstationärer Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V sowie Zuzahlungen für Fahrtkosten gemäß § 60 Abs. 2 SGB V. - Für gesondert berechenbare Aufwendungen für die Rufbereitschaft einer Hebamme wird eine Pauschale in Höhe von 300 Euro gezahlt. <p><u>Erstattungsfähig sind im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung folgende verbleibende Aufwendungen, sofern der gesetzliche Rehabilitationsträger eine Vorleistung erbracht hat:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Komfortleistungen (z.B. Bereitstellung eines Telefons, eines Fernsehers), die der Höhe nach und im Umfang der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung entsprechen. - Aufwendungen für privatärztliche Heilbehandlung. Darüber hinaus werden abweichend von Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnungen" auch Mehrkosten für persönlich erbrachte Leistungen des liquidationsberechtigten Arztes, die durch eine wirksame abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erstattet. - Nr. 27 und Nr. 28 TB 2012 gelten nicht. <p><u>Erstattungsfähig sind auch 100% der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom gewünschten Krankenhaus in Deutschland.</u></p>



<p>(2) Ambulante Operationen nach § 115b SGB V</p>	<p>Ersetzt werden 100% der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für solche medizinisch notwendigen ambulanten Operationen, die im Katalog nach § 115b SGB V aufgeführt sind und die in einem Krankenhaus in Deutschland durchgeführt werden, das nach dem KHEntgG oder der BpflV abrechnet (ergänzend zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009). Für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 KHEntgG und § 2 Abs. 2 BpflV erfolgen keine Erstattungen aus diesem Tarif.</p> <p><u>Erstattungsfähig sind verbleibende Kosten für:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufwendungen für privatärztliche Heilbehandlung (auch durch Belegärzte). Darüber hinaus werden abweichend von Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnungen" auch Mehrkosten für persönlich erbrachte Leistungen des liquidationsberechtigten Arztes, die durch eine wirksame abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erstattet. <p><u>Erstattungsfähig sind auch 100% der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom gewünschten Krankenhaus in Deutschland.</u></p>
<p>(3) Ambulante und stationäre Operationen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)</p>	<p>Ersetzt werden 100% der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für solche medizinisch notwendigen ambulanten und stationären Operationen nach § 115f SGB V, die in einem Krankenhaus in Deutschland durchgeführt werden, das nach dem KHEntgG oder der BpflV abrechnet (ergänzend zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009). Für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 KHEntgG und § 2 Abs. 2 BpflV erfolgen keine Erstattungen aus diesem Tarif.</p> <p><u>Erstattungsfähig sind verbleibende Kosten für:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Komfortleistungen (z.B. Bereitstellung eines Telefons, eines Fernsehers), die der Höhe nach und im Umfang der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung entsprechen. - Aufwendungen für privatärztliche Heilbehandlung. Darüber hinaus werden abweichend von Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnungen" auch Mehrkosten für persönlich erbrachte Leistungen des liquidationsberechtigten Arztes, die durch eine wirksame abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erstattet. Belegärztliche Abrechnungen bei Operationsleistungen nach § 115f SGB V sind nicht erstattungsfähig. - Zuzahlungen bei vollstationärer Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V sowie Zuzahlungen für Fahrtkosten gemäß § 60 Abs. 2 SGB V. <p><u>Erstattungsfähig sind auch 100% der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom gewünschten Krankenhaus in Deutschland.</u></p>
<p>(4) Stationäre Heilbehandlung und ambulante Operationen im Ausland</p>	<p>Ersetzt werden 100% der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß B. (1) bis (3) bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in Europa, sofern die GKV eine Vorleistung erbracht hat. Die Übernahme der Kosten für einen medizinisch notwendigen Transport beschränken sich auf das Land, in dem die Behandlung stattfindet.</p>
<p>(5) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern</p>	<p>Für versicherte Kinder werden erstattungsfähige Aufwendungen ersetzt, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson (Rooming-in) entstehen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Unterkunftskosten der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des KHEntgG bzw. der BpflV abgegolten. <p>Die Aufwendungen werden für längstens 5 Tage ersetzt und je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.</p>
<p>(6) Ersatzleistung bei Verzicht auf Wahlleistung Unterbringung und privatärztliche Behandlung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Ersatzleistung beträgt bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterbringung 50 Euro pro Tag. 2. Die Ersatzleistung beträgt bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung 50 Euro pro Tag. 3. Bei einer Anschlussheilbehandlung beträgt die Ersatzleistung jeweils 25 Euro pro Tag. 4. Für Versicherte, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt die Ersatzleistung jeweils 25 Euro pro Tag. 5. Entbindet eine versicherte Person ambulant im Krankenhaus, zu Hause oder im Geburtshaus und nimmt dabei keine Leistungen nach diesem Tarif gemäß B. (1) bis (3) in Anspruch, wird hierfür eine Pauschale in Höhe von 800 Euro gezahlt. Für gesondert berechenbare Kosten für die Rufbereitschaft einer Hebamme wird eine Pauschale in Höhe von 300 Euro gezahlt.
<p>(7) Beitragsfreiheit für neugeborene Kinder</p>	<p>Für neugeborene Kinder besteht während der ersten 12 Monate nach der Geburt beitragsfreier Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht für einen Elternteil eine Versicherung nach dem Tarif Krankenhaus Premium. 2. Die Anmeldung des Kindes zur Versicherung im Tarif Krankenhaus Premium erfolgt spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend. <p>Die beitragsfreie Versicherung des Kindes ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung der Krankenversicherung nach Tarif Krankenhaus Premium die Schwangerschaft bereits ärztlich festgestellt oder das Kind bereits geboren wurde.</p>
<p>C. Leistungsbegrenzungen / Leistungsausschlüsse</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag. 2. Folgenden Regelungen gelten nicht: Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland (Nr. 5 TB 2012, Nr. 6 TB 2012, Nr. 20 TB 2012, Nr. 39 Abs. 2 und 3 TB 2012)



D. Wartezeiten	Für Entbindung und Psychotherapie gilt eine Wartezeit von 8 Monaten.
E. Umstellung in den Tarif Krankenhaus Premium Plus	Der Tarif Krankenhaus Premium (ohne Alterungsrückstellung) kann zum Ende jeden Monats in den Tarif Krankenhaus Premium Plus (mit Alterungsrückstellung) umgestellt werden - ohne erneute Gesundheitsprüfung.
F. Beitragsberechnung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Tarif bildet keine Alterungsrückstellungen. 2. In Abweichung von § 8a Abs. 2 Satz 2 MB/KK 2009 wird bei Änderung der Beiträge keine Alterungsrückstellung angerechnet. 3. In Abweichung von Nr. 47 TB 2012 richten sich die Beiträge nach dem Alter der Person und ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragstabellen. Als Alter der Person gilt der Unterschied zwischen dem jeweils aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr. Zum 01.01. des Jahres, in dem die versicherte Person das 15., 20., 25., 30., 35., 40., 45., 50., 55., 60. Lebensjahr vollendet, ist jeweils der dem Alter entsprechende Beitrag zu zahlen. Dies gilt darüber hinaus auch für den 01.01. der Jahre, in denen die versicherte Person jeweils weitere fünf Lebensjahre vollendet.
G. Kündigung durch den Versicherungsnehmer und Vertragslaufzeit	<p>In Abweichung zu § 13 Abs. 1 MB/KK 2009 kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis - vorbehaltlich der nachstehenden Regelung - zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von 15 Tagen kündigen.</p> <p>Abweichend von Nr. 52 Nr. TB 2012 wird der Vertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Sollte innerhalb der ersten zwei Jahre ab Versicherungsbeginn ein Leistungsfall eintreten, gilt eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren ab Versicherungsbeginn als vereinbart. In dem Fall kann der Vertrag erstmalig zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit mit einer Frist von 15 Tagen gekündigt werden.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012).

Gültig ab 09/2024

