

Tarif 261, 262:

Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) oder auf Heilfürsorge haben, sowie Beihilfeberechtigte, deren beihilfefähige Aufwendungen auf eine Behandlung im Mehrbettzimmer begrenzt sind.

In Ergänzung zu § 15 Teil II Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten die dort für die Beendigung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellten Regelungen entsprechend für die Beendigung des Anspruchs auf Heilfürsorge oder Beihilfe; insbesondere ist demnach die Beendigung des Anspruchs auf Heilfürsorge oder Beihilfe dem Versicherten unverzüglich mitzuteilen.

Leistungen

Nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger werden in der Tarifstufe

- 261** für Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen,
für Krankenhausleistungen, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die zusätzlichen ärztlichen Leistungen zu 100 Prozent erstattet.
- 262** für Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen,
für Krankenhausleistungen, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für die Unterkunft im Zweibettzimmer und die zusätzlichen ärztlichen Leistungen zu 100 Prozent erstattet.
Wird in der Tarifstufe 262 die Unterbringung im Einbettzimmer in Anspruch genommen, so werden die Kosten erstattet, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.

Bei einer ambulanten Operation in einem nach den MB/KK anerkannten Krankenhaus, die eine an sich gebotene vollstationäre Heilbehandlung ersetzt, werden die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 Prozent ersetzt. Erstattungsfähig sind nur Kosten für ambulante Operationen durch Ärzte, die am Krankenhaus angestellt sind, sowie durch Belegärzte. Eine Vorleistung der GKV wird in Abzug gebracht.

Ferner werden in beiden Tarifstufen die nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger verbleibenden Kosten einer im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführten ambulanten Vor- oder Nachbehandlung im Krankenhaus zu 100 Prozent erstattet.

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

Verbleiben bei der Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses nach Vorleistung der GKV Kosten für die Allgemeine Pflegeklasse, so sind diese für Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland gleichfalls erstattungsfähig. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung.

Werden versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt.

Im Einzelnen gilt:

Leistungsstufen	261	262
Krankenhaustagegeld bei Unterbringung im Drei- und Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) €	26	16
bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung €	16	16
bei Verzicht auf sämtliche tariflichen Leistungen €	42	32

Kinder erhalten in Tarifstufe 262 jeweils die Hälfte, in Tarifstufe 261 jeweils 2/3 dieser Krankenhaustagegeld-Sätze.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, auf Heilfürsorge oder Beihilfe besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung des anderen Kostenträgers über die gezahlten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV oder Heilfürsorge sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Lehnt die gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderer Kostenträger die Leistungen ab, werden die tariflichen Leistungen insoweit gezahlt, als sie bei Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers verblieben wären.