

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Deutschland

Tarife
SP1F, SP2F, SPUF

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in den Tarifen SP1F, SP2F, SPUF. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (1.751/01.22), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenteilversicherung, die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko für über die gesetzlichen Leistungen hinausgehenden Aufwendungen im vertraglichen Umfang ab.



Was ist versichert?

Tarif SP1F:

- ✓ Aufwendungen für die stationäre Behandlung im Einbettzimmer
 - ✓ Aufwendungen für die privatärztliche Behandlung einschließlich der Kosten für Belegärzte
 - ✓ Aufwendungen für ambulante stationersetzende Operationen
- Den genauen Leistungsumfang des Tarifs SP1F finden Sie in der Tarifbeschreibung (1.754b/06.20).

Tarif SP2F:

- ✓ Aufwendungen für die stationäre Behandlung im Zweibettzimmer
 - ✓ Aufwendungen für die privatärztliche Behandlung einschließlich der Kosten für Belegärzte
 - ✓ Aufwendungen für ambulante stationersetzende Operationen
- Den genauen Leistungsumfang des Tarifs SP2F finden Sie in der Tarifbeschreibung (1.755b/06.20).

Tarif SPUF:

- ✓ Ausschließlich Aufwendungen für die stationäre Behandlung wegen der Folgen eines Unfalls:
- ✓ Aufwendungen für die stationäre Behandlung im Einbettzimmer
- ✓ Aufwendungen für die privatärztliche Behandlung einschließlich der Kosten für Belegärzte
- ✓ Aufwendungen für ambulante stationersetzende Operationen

Den genauen Leistungsumfang des Tarifs SPUF finden Sie in der Tarifbeschreibung (1.756b/06.20).



Was ist nicht versichert?

- ✗ Aufwendungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen.
- Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2020 für die Kranken-Zusatzversicherung Teil I (1.751/01.22).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ⚠ Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welchen Tarif Sie gewählt haben und welche Selbstbeteiligung vereinbart wurde.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa.
- ✓ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums wird das Versicherungsverhältnis ohne Unterbrechung fortgesetzt.
Weitere Informationen hierzu finden Sie im Allgemeinen Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (1.751/01.22).



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie im Antragsformular alle Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig angeben. Informationen hierzu finden Sie in der dem Versicherungsantrag vorangestellten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz.
- Sie haben uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen ist jede versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Sie hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Informationen hierzu finden Sie unter C im Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (1.751/01.22).



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig.
Näheres finden Sie im Teil I des Allgemeinen Teils, insbesondere unter Punkt B (1.751/01.22).



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).
- Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können die Krankenversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.
- Hat eine Vereinbarung zur Folge, dass ab einem bestimmten Alter der Beitrag erhöht wird, auch z.B. durch die erstmalige Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung, haben Sie in Bezug auf das betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin ein Kündigungsrecht zum Eintritt der Erhöhung.
- Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.
Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie unter D Nr.1 im Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung. (1.751/01.22), die Bestimmung über den Kündigungsverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. unter D Nr.2.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung

Stand: 01.01.2022

Teil I: Allgemeiner Teil

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
A. Der Versicherungsschutz	2
1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	2
2. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
3. Umwandlung des Versicherungsschutzes, Tarifwechselrecht	2
4. Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr	3
5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und Adoptivkindern	3
6. Wartezeiten	4
7. Umfang der Leistungspflicht	4
8. Einschränkungen der Leistungspflicht	4
9. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen	5
10. Ende des Versicherungsschutzes	6
B. Beitrag	6
1. Beitragszahlung, Verzug	6
2. Beitragsberechnung	6
C. Obliegenheiten – worauf Sie achten müssen	6
1. Allgemeine Obliegenheiten	6
2. Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte	6
3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen	7
D. Ende der Versicherung	7
1. Kündigung durch Sie	7
2. Kündigung durch uns	8
3. Sonstige Gründe für die Beendigung einer Versicherung	8
E. Willenserklärungen und Informationen	8
F. Sonstige Bestimmungen	8
1. Aufrechnung	8
2. Gerichtsstand	8
3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	9
Glossar	10
Anhang	12

Einleitung

Mit einer Kranken-Zusatzversicherung bei der Süddeutschen Krankenversicherung (SDK) haben Sie eine gute Entscheidung getroffen. Wir unterstützen Sie gerne bei allen Fragen rund um Ihre Gesundheit.

In diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) finden Sie alle Regelungen rund um Ihre Versicherung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 11.

Noch ein Hinweis:

Wir unterscheiden den Versicherungsnehmer und die versicherte Person voneinander. Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person.

Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

A. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten Ihnen oder einer versicherten Person Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen Ereignissen, die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Ihnen oder einer versicherten Person die Kosten für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen. Den Umfang des Versicherungsschutzes finden Sie

- im Versicherungsschein,
- in separaten schriftlichen Vereinbarungen,
- in diesen AVB und den dazugehörigen Tarifbeschreibungen,
- in den gesetzlichen Vorschriften.

Für den Vertrag gilt deutsches Recht.

(2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

In folgender Situation entsteht ein neuer Versicherungsfall: Die Heilbehandlung muss auf eine Krankheit oder die Folge eines Unfalls ausgeweitet werden. Die Folge eines Unfalls darf mit der bisher behandelten Krankheit nicht ursächlich zusammenhängen.

(3) Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- Fehlgeburten und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Absatz 2 und 3 Strafgesetzbuch (StGB) (medizinische und **kriminogene Indikation**),
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),
- der Todesfall, wenn dafür Leistungen mit uns vereinbart sind.

2. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Sie oder die versicherte Person halten sich vorübergehend im Ausland auf. Dann besteht der Versicherungsschutz weiter.

(2) Wenn Sie oder die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt in

- einen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU),
oder
- einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

verlegen, gilt: die Versicherung wird ohne Unterbrechungen fortgesetzt.

In folgendem Fall gehen wir von einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts aus: Sie oder die versicherte Person verbringen zusammenhängend mehr als 182 Tage außerhalb Deutschlands. Vorübergehende Unterbrechungen zählen wir zu dem Aufenthalt im Ausland. Das sind zum Beispiel: Urlaub, Reisen oder Krankenhausaufenthalte.

3. Umwandlung des Versicherungsschutzes, Tarifwechselrecht

Sie haben das Recht, die bestehende Versicherung in einen **gleichartigen Versicherungsschutz** umzuwandeln.

Voraussetzung:

Sie oder die versicherte Person sind **versicherungsfähig**.

So gehen wir nach Ihrem Antrag auf Umwandlung vor:

- Wir nehmen Ihren Antrag in einer angemessenen Frist an.
- Die erworbenen Rechte bleiben erhalten.
- Wenn wir nach den **technischen Berechnungsgrundlagen Alterungsrückstellungen** für Ihren Vertrag gebildet haben, rechnen wir diese im neuen Tarif mit Alterungsrückstellungen an.
- Wenn der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, können wir für die Mehrleistungen einen angemessenen **Risikozuschlag** verlangen. Mehr dazu finden Sie in Abschnitt B.2. Absatz 3.
- Alternativ können wir auch einen **Leistungsausschluss** mit Ihnen vereinbaren.

Ausnahme:

Sie haben keinen Anspruch auf Umwandlung des Versicherungsschutzes, wenn

- bei **Anwartschaftsversicherungen** der Grund für die **Anwartschaft** noch besteht oder
- der Vertrag befristet ist.

Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig berechnet sind, ist rechtlich nicht möglich.

4. Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr

(1) Ihren Versicherungsbeginn finden Sie in Ihrem Versicherungsschein. Der Versicherungsschutz beginnt ab dem dort genannten Zeitpunkt. Er beginnt aber nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.

Der Abschluss des Vertrags liegt in jedem Fall dann vor, wenn Sie Folgendes von uns erhalten haben:

- den Versicherungsschein oder
- eine Annahmeerklärung.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten sind, leisten wir für die ab dem Versicherungsbeginn entstandenen Kosten.

(3) Bei Änderungen des Vertrags gelten die Absätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(4) Sie schließen den Vertrag in der Regel für ein **Versicherungsjahr** ab. Bei Änderungen des Vertrags rechnen wir die Dauer der bisherigen Versicherung an.

Der Vertrag verlängert sich um ein **Versicherungsjahr**, wenn Sie ihn nicht 3 Monate vor Ablauf in **Textform** kündigen. Über die Möglichkeit der Kündigung werden wir Sie nicht separat informieren.

Ein **Versicherungsjahr** ist die Zeit vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste **Versicherungsjahr** ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und Adoptivkindern

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne **Risikozuschläge** oder **Leistungsausschlüsse** ab der Geburt.

Voraussetzungen:

- Ein Elternteil ist zur Zeit der Geburt bei uns versichert.
- Wir erhalten die Anmeldung zur Versicherung des Kindes spätestens 2 Monate nach dem Tag der Geburt.
- Die Versicherung erfolgt rückwirkend ab Geburt.

(2) Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der des am höchsten oder umfassendsten versicherten Elternteils.

Der Versicherungsschutz umfasst dabei innerhalb des gewählten Tarifs auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen. Dies können beispielsweise Behinderungen sein.

(3) Die Adoption steht der Geburt eines Kindes gleich. Bei Adoptionen beginnt der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Adoption.

Voraussetzungen:

- Wir erhalten die Anmeldung des Kindes zur Versicherung rückwirkend ab Adoptionsbeginn, spätestens 2 Monate nach dem Tag der Adoption und
- das Kind ist bei der Adoption noch minderjährig.

Da bei einer Adoption ein erhöhtes Risiko für Vorerkrankungen bestehen kann, dürfen wir mit Ihnen einen **Risikozuschlag** vereinbaren. Dieser **Risikozuschlag** beträgt maximal 100 %.

6. Wartezeiten

Regelungen zu den Wartezeiten richten sich nach dem jeweils vereinbarten Tarif.

7. Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe unserer Leistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I und II) und den gesetzlichen Vorschriften.

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

Darüber hinaus leisten wir auch für Methoden und Arzneimittel, die

- angewandt werden, weil es keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel gibt oder
- sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben.

Für die Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis bewährt haben, gilt:

Wir dürfen unsere Leistungen auf den Betrag reduzieren, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(3) Wir bieten Ihnen Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall. Dies sind zum Beispiel medizinische Beratung oder Assistancleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen). Unsere aktuellen Gesundheitsdienstleistungen finden Sie unter <https://www.sdk.de/gesundheitsdienstleistungen>.

(4) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich höher sind als 2.000 EUR, informieren wir Sie gerne über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes. Bitte senden Sie Ihre Anfrage an uns in **Textform** (Leistung@sdk.de). Wir antworten Ihnen spätestens nach 4 Wochen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, informieren wir Sie **unverzüglich**, spätestens nach 2 Wochen. Wir berücksichtigen dabei Ihre Unterlagen, beispielsweise Kostenvoranschläge.

Die Frist beginnt, wenn wir Ihre Anfrage erhalten haben. Wenn wir Sie nicht innerhalb der Frist informieren, gilt die Heilbehandlung als medizinisch notwendig. Dies gilt ab dem Zeitpunkt nicht mehr, ab dem wir die fehlende medizinische Notwendigkeit der Behandlung nachgewiesen haben.

(5) Wir geben Ihnen oder der versicherten Person auf Wunsch Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen. Dies gilt für Gutachten und Stellungnahmen, die wir eingeholt haben, um zu prüfen, ob eine medizinische Behandlung notwendig ist.

Sie, die versicherte Person oder ein gesetzlicher Vertreter können auch verlangen, dass wir einem bestimmten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben.

Voraussetzung:

Der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie oder die versicherte Person stehen erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegen.

Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt haben, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

8. Einschränkungen der Leistungspflicht

(1) Wir leisten nicht für

1a. durch Kriegsereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte

- Krankheiten sowie deren Folgen und
- Folgen von Unfällen und
- Todesfälle.

1b. durch Kriegsereignisse außerhalb Deutschlands verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte

- Krankheiten sowie deren Folgen und
- Folgen von Unfällen und
- Todesfälle.

Diese Einschränkung gilt, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Gebiet vor Beginn des Aufenthalts im Ausland eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht weiterhin Versicherungsschutz. Dies gilt solange, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet gefahrlos möglich ist.

2. von Ihnen oder der versicherten Person **vorsätzlich** herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

3. Entwöhnungsmaßnahmen bei Suchterkrankungen wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogensucht.

4. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in stationären Einrichtungen, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben. Ein wichtiger Grund kann beispielsweise vorliegen, wenn ein Fehlverhalten bei der Abrechnung wiederholt zu berechtigten Beanstandungen führte.

Das gilt nur:

- Wenn die Behandlung begonnen wurde, nachdem wir Sie über den **Leistungsausschluss** benachrichtigt haben
- und
- für Kosten, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind. Der Versicherungsfall darf aber zum Zeitpunkt der Benachrichtigung noch nicht abgeschlossen gewesen sein.

5. Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir wie tariflich vereinbart. Sachkosten sind beispielsweise Arzneimittel oder Verbandsmaterial.

6. eine Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung, beispielsweise eine Sicherungsverwahrung in der Psychiatrie.

- (2) Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag senken, wenn

- eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt
- oder
- für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

- (3) In folgenden Fällen müssen wir nur für Kosten leisten, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben:

Sie oder die versicherte Person haben Anspruch auf Leistungen

- aus der gesetzlichen Unfallversicherung
- oder
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung
- oder
- einer **gesetzlichen Heilfürsorge**
- oder
- der Unfallfürsorge.

- (4) Haben Sie oder eine versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Kostenträger (beispielsweise andere Versicherungen), gilt: Die gesamte Erstattung darf nicht höher sein als die gesamten Kosten.

9. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen

- (1) Wir müssen nur dann leisten, wenn Sie oder die versicherte Person uns die geforderten Nachweise vorlegen. Diese Nachweise werden unser Eigentum. Als Nachweise gelten:

- Rechnungen im Original (auch in elektronischer Form) sowie Kopien von Rechnungen mit Erstattungsnachweis eines anderen Kostenträgers (beispielsweise einer anderen Versicherung).

- (2) Die Rechnungen müssen enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Angaben über die erbrachten Leistungen des Behandelnden mit Nummern des jeweiligen Gebührenverzeichnisses,
- das dazugehörige Behandlungsdatum,
- zusätzlich bei stationären Leistungen: Tag der Aufnahme und Entlassung sowie Bettenzahl des beanspruchten Zimmers.

- (3) Sie erhalten die vertraglichen Leistungen, nachdem wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leisten müssen. Für die Fälligkeit unserer Leistungen gilt § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang).

- (4) Die Leistung können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen.

Ausnahme:

Wir leisten an die versicherte Person, wenn Sie uns diese in **Textform** als empfangsberechtigt für deren Leistungen genannt haben.

- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten durch eine Krankheit rechnen wir in Euro um. Es gilt dafür der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Kosten für die Überweisung der Leistungen und für Übersetzungen können wir von den Leistungen abziehen.

- (6) Ansprüche auf Leistungen können Sie weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 01. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge. Gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

(7) Sie oder die versicherte Person haben eine „Card für Privatversicherte“ erhalten. Dann kann das Krankenhaus die Kosten für die stationäre Behandlung direkt mit uns abrechnen.

10. Ende des Versicherungsschutzes

Wenn der Versicherungsvertrag beendet ist, haben Sie oder die versicherte Person auch keinen Versicherungsschutz mehr. Dies gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle.

B. Beitrag

1. Beitragszahlung, Verzug

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Sie müssen den Beitrag zum Ersten eines jeden Monats zahlen.
- (2) Den ersten Beitrag müssen Sie **unverzüglich** nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Bei einem späteren Versicherungsbeginn müssen Sie den ersten Beitrag zu diesem späteren Zeitpunkt zahlen.
- (3) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Die Voraussetzungen dafür sind in § 37 und § 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) geregelt. Wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und wir Sie in **Textform** gemahnt haben, gilt: Sie müssen die nachgewiesenen Mahnkosten zahlen. Darüber hinaus können wir von Ihnen Zinsen für den Verzug und von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren fordern. Das können beispielsweise Gebühren für fehlgeschlagene Lastschriften oder Gerichtskosten sein.
- (4) Bei Beendigung des Vertrages gelten folgende Regelungen:
 - Beendigung vor Ablauf der Vertragslaufzeit: Uns steht der Teil des Beitrags für den Zeitraum zu, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.
 - Beendigung durch Rücktritt nach § 19 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang): Uns steht der Beitrag zu, bis die Erklärung des Rücktritts wirksam wird.
 - Beendigung durch Anfechtung wegen **arglistiger Täuschung**: Uns steht der Beitrag zu, bis die Anfechtung wirksam wird.
 - Treten wir vom Vertrag zurück, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Gebühr verlangen.

2. Beitragsberechnung

- (1) Wir berechnen die Beiträge nach den gesetzlichen Vorschriften. Die genaue Berechnung ist in unseren **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegt.
- (2) Bei Änderungen der Beiträge können wir auch separat vereinbarte **Risikozuschläge** entsprechend ändern.
- (3) Bei einer Änderung des Vertrags kann ein erhöhtes Risiko bestehen. In diesem Fall können wir für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen angemessenen Zuschlag fordern. Diesen berechnen wir zusätzlich zum Beitrag. Der Zuschlag richtet sich nach den Richtlinien, mit denen wir erhöhte Risiken ausgleichen.

C. Obliegenheiten – worauf Sie achten müssen

1. Allgemeine Obliegenheiten

- (1) Sie und die empfangsberechtigte versicherte Person müssen uns auf Verlangen jede Auskunft erteilen, die notwendig ist zur Feststellung
 - des Versicherungsfalles,
 - unserer Leistungspflicht,
 - und
 - des Leistungsumfangs.
- (2) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Dies gilt, wenn die Untersuchung zur Feststellung nach Absatz 1 erforderlich ist. Die Kosten der Untersuchung übernehmen wir.
- (3) Die versicherte Person muss für die Minderung des Schadens sorgen. Das bedeutet: Sie muss alle Handlungen unterlassen, die für die Genesung hinderlich sind.

Ein Beispiel: Wenn der Arzt ihr ausdrücklich Bettruhe verordnet, muss sie sich daran halten.

2. Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Ein Dritter ist beispielsweise ein Unfallgegner. Die Pflicht zur Abtretung besteht bis zu der Höhe, in der Sie von uns Ersatz erhalten. Mit Ersatz meinen wir die Erstattung von Kosten sowie Sach- und/oder Dienstleistungen. Diese Regelung gilt unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang nach § 86 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

(2) Sie oder die versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen Sie die geltenden Formen und Fristen beachten und uns bei der Durchsetzung unserer Ansprüche wenn nötig unterstützen.

Ein Beispiel: Sie haben einen unverschuldeten Unfall, in dessen Folge Heilbehandlungskosten entstehen. Sie dürfen nicht ohne Rücksprache mit uns auf Ihre Ansprüche verzichten. Ihre Ansprüche können zum Beispiel Schadenersatzansprüche gegen den Unfallgegner sein.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch in folgenden Fällen entsprechend: Sie oder eine versicherte Person haben einen Anspruch auf Rückzahlung von Entgelten, weil:

- Sie an einen Leistungserbringer ohne rechtlichen Grund gezahlt und
- dafür von uns vertraglich vereinbarte Leistungen erhalten haben.

3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Sie oder eine versicherte Person verletzen eine **Obliegenheit** aus dem Abschnitt C.1. Dann dürfen wir unsere Leistung ganz oder teilweise kürzen.

Dabei beachten wir die in § 28 Absätze 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) genannten Einschränkungen.

(2) Sie oder eine versicherte Person verletzen **vorsätzlich** die **Obliegenheiten** aus Abschnitt C.2. Dann müssen wir nicht leisten.

Voraussetzung:

Wegen der **vorsätzlichen** Verletzung der **Obliegenheit** können wir keinen Ersatz von dem Dritten oder dem Leistungserbringer erhalten.

Bei einer **grob fahrlässigen** Verletzung dieser **Obliegenheiten** dürfen wir unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürzen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

D. Ende der Versicherung

1. Kündigung durch Sie

(1) Sie können die Versicherung zum Ende eines jeden **Versicherungsjahres** mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

(2) Sie können die Versicherung auch nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife kündigen.

(3) In folgenden Fällen können Sie die Versicherung für eine versicherte Person kündigen:

- Durch eine Vereinbarung im Vertrag hat sich der Beitrag bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters geändert. Es gilt dann der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe.
- Der Beitrag hat sich wegen einer vertraglich vereinbarten Umstellung auf Beiträge mit **Alterungsrückstellung** geändert.

Ein Beispiel: Die versicherte Person setzt die Versicherung nach dem Ausscheiden aus der betrieblichen Krankenversicherung in einem Tarif mit **Alterungsrückstellungen** fort.

Voraussetzung:

Eine Kündigung ist nur möglich, wenn sich der Beitrag für die versicherte Person durch die Änderung erhöht.

Sie müssen innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Der Vertrag endet dann zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

(4) Sie können die Versicherung für eine betroffene versicherte Person innerhalb von 2 Monaten kündigen, nachdem wir Sie informiert haben, dass wir

- die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel im versicherten Tarif erhöhen oder
- unsere Leistungen nach Abschnitt F.3. Absatz 1 mindern.

Die Kündigung ist dann ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gültig.

Ausnahme:

Bei einer Erhöhung des Beitrags können Sie die Versicherung kündigen, bis die Erhöhung wirksam wird.

(5) Wir haben die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. Dann haben Sie folgendes Recht: Sie können verlangen, dass wir die übrigen Teile der Versicherung aufheben. Dafür gilt eine Frist von 2 Wochen, nachdem Sie unsere Erklärung über die Vertragsänderung erhalten haben. Die Aufhebung ist dann zu folgenden Zeitpunkten wirksam:

- Bei Anfechtung oder Rücktritt: Zum Ende des Monats, in dem Sie unsere Erklärung erhalten haben.
- Bei Kündigung: Ab dem Zeitpunkt, an dem die Kündigung wirksam wird.

(6) Kündigen Sie die Versicherung insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, den Vertrag fortzusetzen. Dabei müssen die versicherten Personen den künftigen Versicherungsnehmer nennen. Die versicherten Personen müssen diese Erklärung innerhalb von 3 Monaten nach der Kündigung abgeben. Als bisheriger Versicherungsnehmer müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen Ihre Kündigungserklärung kannten. Sonst ist die Kündigung unwirksam.

(7) Wenn wir für Ihre Tarife **Alterungsrückstellungen** bilden, können Sie und die versicherten Personen den gekündigten Vertrag als **Anwartschaftsversicherung** fortsetzen. Wir müssen den Antrag auf Umwandlung des Vertrags innerhalb von 3 Monaten erhalten, nachdem die Kündigung wirksam wurde.

2. Kündigung durch uns

(1) Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht gelten weiterhin.

(3) Wir können die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

(4) Kündigen wir die Versicherung insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Abschnitt D.1. Absatz 6 Satz 1 bis 3 entsprechend.

3. Sonstige Gründe für die Beendigung einer Versicherung

(1) Die Versicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben aber das Recht, den Vertrag fortzusetzen. Dabei müssen sie den künftigen Versicherungsnehmer nennen. Die Erklärung müssen sie innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abgeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet die jeweilige Versicherung.

(3) Bei Verlegung Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes oder dem der versicherten Person in einen Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, endet die Versicherung. Wir können den Vertrag auf Grund einer besonderen Vereinbarung fortsetzen.

(4) Die Versicherung endet auch in diesem Fall: Wir dürfen Sie in dem Land, in das Sie oder die versicherte Person Ihren Aufenthalt oder gewöhnlichen Aufenthalt verlegt haben, nicht versichern. Das kann beispielsweise zutreffen, wenn wir in diesem Land eine Erlaubnis zum Betreiben des Versicherungsgeschäfts benötigen. Die Versicherung endet ab dem Zeitpunkt, von dem an wir Sie oder die versicherte Person nicht mehr versichern dürfen.

(5) Bei einer rechtskräftigen Ehescheidung gilt folgende Regelung: Jeder Ehepartner hat das Recht, seinen Vertragsteil als selbstständigen Vertrag fortzusetzen. Dies gilt auch, wenn die Ehepartner getrennt leben.

E. Willenserklärungen und Informationen

Willenserklärungen und Informationen müssen Sie uns in **Textform** senden.

Ausnahme:

Wir haben mit Ihnen eine erleichterte Form vereinbart (beispielsweise telefonisch).

F. Sonstige Bestimmungen

1. Aufrechnung

Sie können gegen unsere Forderungen nur **aufrechnen**, wenn die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ausnahme:

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht können Sie nicht **aufrechnen**.

2. Gerichtsstand

(1) Für Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

- (2) Klagen gegen uns können Sie bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht einreichen. Darüber hinaus können Sie Klagen gegen uns auch bei dem Gericht an unserem Firmensitz einreichen.
- (3) Unabhängig davon, wer klagt, ist in diesen Fällen das Gericht an unserem Firmensitz zuständig:
- Sie verlegen nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland oder
 - Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt ist uns zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Wir können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Anpassungen erscheinen zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer notwendig und
- ein unabhängiger Treuhänder hat die Voraussetzungen für die Anpassungen geprüft und ihre Angemessenheit bestätigt.

Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

(2) Wir können eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn diese für unwirksam erklärt wurde durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt.

Voraussetzungen:

- Die neue Regelung ist zur Fortführung des Vertrags notwendig oder
- der Vertrag würde ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine **unzumutbare Härte** darstellen.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie das Vertragsziel wahrt und die Interessen der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Wir teilen Ihnen die neue Regelung und die Gründe dafür mit. Zwei Wochen nach dieser Mitteilung wird die neue Regelung Bestandteil Ihres Vertrags.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Anwartschaftsversicherung: Die Anwartschaftsversicherung können Sie unter bestimmten Voraussetzungen für einen begrenzten Zeitraum abschließen, um Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu erhalten. Zum Beispiel bei einem längeren Aufenthalt im Ausland. Eine vollständige Aufzählung der Voraussetzungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung.

Die Anwartschaftsversicherung garantiert bei Wegfall der Voraussetzung das Wiederaufleben des Versicherungsvertrags zu den ursprünglichen Bedingungen. Dabei verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Wenn bereits **Alterungsrückstellungen** gebildet wurden, rechnen wir diese beitragsenkend an.

Arglistige Täuschung liegt vor, wenn Tatsachen falsch dargestellt oder verschwiegen werden, beispielsweise bei Antworten auf die Gesundheitsfragen im Antrag. Der Täuschende weiß und will, dass sein Verhalten zu einem Irrtum beim Versicherer führt.

Aufrechnung bezeichnet einen rechtlichen Vorgang, bei dem wechselseitige Forderungen miteinander verrechnet werden.

Europäischer Wirtschaftsraum: Der Europäische Wirtschaftsraum (EWR) ist eine vertiefte Freihandelszone zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). Vertragsstaaten sind die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen.

Gleichartiger Versicherungsschutz: Gleichartigkeit zwischen zwei Tarifen liegt vor, wenn die Tarifleistungen denselben Leistungsbereichen zuzuordnen sind. Leistungsbereiche sind zum Beispiel die Kostenerstattung für die ambulante Heilbehandlung, die stationäre Heilbehandlung oder Zahnbehandlung und Zahnersatz. Zwischen einer substitutiven Krankenversicherung und einem Ergänzungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung (Zusatzversicherung) besteht keine Gleichartigkeit.

Grobe Fahrlässigkeit beschreibt eine innere Einstellung zu einer Handlung. Grob fahrlässig handelt, wer die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders hohem Maße verletzt. Selbst das Einfachste, jedem Einleuchtende wird nicht beachtet.

Ein Beispiel: Einfahren in eine Kreuzung bei Rotlicht.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Kriminogene Indikation: Eine der Indikationen für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch. Bei dieser besteht Grund zu der Annahme, dass die Schwangerschaft Folge einer Sexualstraftat ist.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir beispielsweise, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Obliegenheiten sind Mitwirkungspflichten. Werden diese nicht beachtet, können daraus nachteilige Folgen entstehen.

Ein Beispiel: Wir können Sie auffordern, sich durch einen Arzt untersuchen zu lassen, um festzustellen, ob wir leisten müssen. Nehmen Sie die ärztliche Untersuchung nicht wahr, können wir unsere Leistungen mindern oder ganz streichen.

Risikozuschlag: Für die meisten Tarife führen wir vor Vertragsbeginn eine Gesundheitsprüfung durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Tarifwechselrecht: Anspruch des Versicherungsnehmers auf eine Änderung seines Vertrages. Das bedeutet: Sie haben das Recht, in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Dabei rechnen wir die Alterungsrückstellung an.

Technische Berechnungsgrundlagen: In den technischen Berechnungsgrundlagen sind alle für die Beitragsberechnung erforderlichen Informationen enthalten (beispielsweise Formeln, verwendete statistische Daten).

Textform ist eine gesetzliche geregelte Form für ein Rechtsgeschäft oder eine Erklärung. Die Textform meint jede lesbare, dauerhafte Erklärung, in der die Person des Erklärenden genannt ist. Eine eigenhändige Unterschrift ist nicht erforderlich. Erklärungen in Textform müssen auf einem dauerhaften Datenträger abgegeben werden. Neben Papier (Brief, Telefax-Nachrichten) kommen auch CD-ROMs, DVDs, Speicherkarten, USB-Sticks oder E-Mails in Frage.

Unverzüglich: Eine Handlung soll ohne unnötige, nicht durch die Sachlage begründete Verzögerung vorgenommen werden. Als Obergrenze für ein unverzügliches Handeln gilt ein Zeitraum von zwei Wochen.

Unzumutbare Härte: Eine Situation, bei der es unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen einem Vertragspartner nicht zuzumuten ist, an dem Vertrag weiter festzuhalten.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist beispielsweise für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfeergänzungstarife) möglich.

Versicherungsjahr ist die Zeit vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

Vorsatz bezeichnet die innere Einstellung der handelnden Person. Vorsätzlich handelt, wer weiß und will, dass durch sein Handeln ein bestimmter Zweck verwirklicht wird.

Ein Beispiel: Auf die ausdrückliche Frage im Antrag wird eine Knieoperation, an die man sich sehr gut erinnert, bewusst nicht angegeben. Ziel ist es, einen Vertrag ohne Beitragszuschlag abzuschließen.

Willenserklärung: Kundgabe (Erklärung) des Willens einer Person, die einen Erfolg beabsichtigt. Beispielsweise eine Kündigungserklärung, die das Ende eines Vertrags herbeiführen soll.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Versicherungsvertragsgesetz

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung für Gruppen- und Rahmenverträge

Teil II: Tarif SP1F für die stationäre Heilbehandlung

Stand: 01.06.2020

Der Tarif gilt zusammen mit dem Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
I. Unsere Leistungen	2
1. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland mit 100 %-iger Vorleistung der GKV	2
2. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ohne volle Vorleistung der GKV	3
3. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland	3
4. Stationäre Psychotherapie	4
5. Ambulante stationärer ersetzende Operationen in Deutschland	4
6. Ambulante Untersuchungen im Krankenhaus	4
7. Ersatz-Krankenhaustagegeld bei akutstationärer Behandlung in Deutschland	4
8. Rooming In	5
9. Fahrt- und Transportkosten	5
10. Leistungsausschluss für bei Antragstellung bestehende Schwangerschaft	5
11. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen in Deutschland	5
12. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen im Ausland	5
13. Zuordnung der Kosten	5
II. Wartezeiten	5
III. Beiträge	5
1. Beitragsberechnung	5
2. Beitragsanpassung	6
IV. Optionsrechte	6
V. Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten	6
1. Beendigung	6
2. Fortführungsmöglichkeiten	7
Glossar	8
Anhang	9

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten 100 % für:

- Ein- oder Zweibettzimmer
- privatärztliche Behandlung (Chefarzt und Belegarzt)
- ambulante stationersetzende Operationen.

Wir erstatten **Ersatz-Krankenhaustagegeld** bei:

- Wahl eines Zweibettzimmers 20 EUR
- Wahl eines Mehrbettzimmers 40 EUR
- Verzicht auf Chefarzt 60 EUR.

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die stationäre Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 8.

Aufnahmefähigkeit

In den Tarif aufgenommen werden Personen, deren gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ist.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder dort einen Anspruch auf Familienversicherung haben
oder
- einen Anspruch auf freie **Heilfürsorge** haben
und
- als Mitarbeiter oder Familienangehöriger innerhalb eines Gruppenversicherungsvertrages in der betrieblichen Krankenversicherung angemeldet werden. Familienangehörige sind: Ehepartner, Lebenspartner, Lebensgefährten in häuslicher Gemeinschaft und Kinder bis zum 34. Lebensjahr, solange sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden bzw. unterhaltsberechtigter sind
oder
- innerhalb eines Rahmenvertrages Zugang zur Gruppen-Krankenversicherung erhalten.

Im Folgenden ist die **Heilfürsorge** der GKV hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

I. Unsere Leistungen

Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die

- unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen
und
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen
und
- Krankengeschichten führen.

Dazu gehören auch **Privatkliniken**, wenn sie die genannten Kriterien erfüllen.

Zur stationären Heilbehandlung zählen:

- vollstationäre Behandlungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V.

Versichert sind auch ambulante **stationersetzende Operationen** und ambulante Vor- und Nachuntersuchungen.

1. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland mit 100 %-iger Vorleistung der GKV

Wenn die GKV die **allgemeinen Krankenhausleistungen** übernimmt, ist die Behandlung für uns medizinisch notwendig. Wir erstatten dann 100 % der Kosten für:

- die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer. Bei Entbindungen zahlen wir auch ein Familienzimmer. Eingeschlossen sind Komfortleistungen, die in der Höhe und im Umfang der **Gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes** entsprechen. Dazu gehören beispielsweise eine gehobene Verpflegung, Tageszeitungen, persönlicher Service, Telefon und Internet,

- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen von Belegärzten,
- gesondert berechenbare Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern,
- Mehrkosten, weil Sie oder die versicherte Person nicht das Krankenhaus aus der ärztlichen Einweisung gewählt haben (§ 39 Absatz 2 SGB V).

Für jeden Tag der vollstationären Behandlung zahlen wir ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR, zum Beispiel zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.

Hinweis:

Wir zahlen nicht für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen.

2. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ohne volle Vorleistung der GKV

Wenn die GKV die **allgemeinen Krankenhausleistungen** nicht in voller Höhe übernimmt, gilt: Wir prüfen die medizinische Notwendigkeit. Ist die stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig, zahlen wir:

- die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung als **allgemeine Krankenhausleistungen**. Als Vorleistung der GKV gilt:
 - bei akutstationären Behandlungen: eine Zahlung in Höhe der Kosten, die in einem für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Krankenhaus gelten. Dieses rechnet nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung ab.
 - bei Rehabilitationsmaßnahmen: eine Zahlung in Höhe der Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung einer für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Rehabilitationsklinik. Es gelten die Preise der Klinik, die am nächsten zum Wohnort der versicherten Person und für die jeweilige Erkrankung geeignet ist.
- die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer. Bei Entbindungen zahlen wir auch ein Familienzimmer. Eingeschlossen sind Komfortleistungen, die in der Höhe und im Umfang der **Gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes** entsprechen. Dazu gehören beispielsweise eine gehobene Verpflegung, Tageszeitungen, persönlicher Service, Telefon und Internet,
- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen von Belegärzten,
- gesondert berechenbare Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Für jeden Tag der vollstationären Behandlung zahlen wir ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR, zum Beispiel zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.

Hinweise:

Wir zahlen nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet. Das kann beispielsweise bei der Behandlung in einer **Privatklinik** vorkommen. In diesem Fall tragen Sie die **allgemeinen Krankenhausleistungen** selbst.

Wir zahlen nicht für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen.

3. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland

Wenn die GKV für die **allgemeinen Krankenhausleistungen** eine Vorleistung übernimmt, gilt: Die Behandlung ist für uns medizinisch notwendig. Eine Vorleistung ist:

- bei akutstationären Behandlungen: eine Zahlung in Höhe der Kosten, die in einem für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen deutschen Krankenhaus gelten. Dieses rechnet nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung ab.
- bei Rehabilitationsmaßnahmen: eine Zahlung in Höhe der Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung einer für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Rehabilitationsklinik. Es gelten die Preise der Klinik in Deutschland, die am nächsten zum Wohnort der versicherten Person und für die jeweilige Erkrankung geeignet ist.

Wir erstatten dann 100 % der verbleibenden Kosten für:

- die vom Krankenhaus berechneten allgemeinen Pflegekosten, Unterbringung und Verpflegung,
- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern.

Für jeden Tag der vollstationären Behandlung zahlen wir ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR, zum Beispiel zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.

Hinweise:

Wir leisten nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet. Das trifft beispielsweise zu, wenn die GKV nur für eine ambulante Behandlung zahlt.

Wir zahlen nicht für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen.

Wir empfehlen Ihnen, vor geplanten Krankenhausaufenthalten im Ausland einen Kostenvoranschlag bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, in welchem Umfang wir die Kosten übernehmen. Wenn Sie uns keinen Kostenvoranschlag vorlegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

4. Stationäre Psychotherapie

Versichert ist auch die medizinisch notwendige stationäre Psychotherapie. Den Umfang finden Sie unter den Abschnitten 1 bis 3.

5. Ambulante stationersetzende Operationen in Deutschland

Bei einer ambulanten Operation, die eine ansonsten gebotene stationäre Behandlung ersetzt, erstatten wir 100 % der Kosten für

- ärztliche Leistungen,
- Laboruntersuchungen.

Wir empfehlen Ihnen, für die ambulante **stationersetzende Operation** vor Beginn der Behandlung einen Kostenvoranschlag bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, ob und in welchem Umfang wir die Kosten übernehmen. Der Kostenvoranschlag sollte die Bezeichnung der Operation mit einem **Prozeduren-Kode** aus dem gültigen Verzeichnis der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) enthalten.

Eine ambulante Operation, die eine ansonsten gebotene stationäre Behandlung ersetzt, liegt vor, wenn die Operation

- in dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt ist oder
- in dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 1 aufgeführt ist und
- Umstände vorliegen, bei denen eine stationäre Durchführung notwendig sein kann. Diese ergeben sich aus: den Punkten A, B, D, E und F des gemeinsamen Kataloges von Kriterien (G-AEP) für das Prüfverfahren nach § 17c KHG.

Leistet ein anderer Kostenträger, beispielsweise die GKV, erstatten wir maximal die verbleibenden Kosten. Als Vorleistung gilt auch ein Selbstbehalt, den die GKV nach § 53 SGB V von ihren Leistungen abzieht. Diesen Selbstbehalt erstatten wir nicht.

Wir erstatten keine Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen, beispielsweise Kosten für Übernachtungen oder die Verpflegung.

6. Ambulante Untersuchungen im Krankenhaus

Bei ambulanten Vor- oder Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus erstatten wir 100 % der Kosten für:

- ärztliche Leistungen,
- Laboruntersuchungen.

Voraussetzung:

Die Untersuchung ist im Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Behandlung nach den Nummern 1 bis 5 erforderlich. Wir erstatten dann jeweils eine Vor- und eine Nachuntersuchung.

7. Ersatz-Krankenhaustagegeld bei akutstationärer Behandlung in Deutschland

Wenn für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer oder für ärztliche Leistungen keine Kosten anfallen, zahlen wir ein Krankenhaustagegeld. Sie erhalten von uns:

- 20 EUR, wenn statt des Einbettzimmers ein Zweibettzimmer berechnet wird,
- 40 EUR, wenn Sie keine Kosten für die Unterkunft geltend machen,
- 60 EUR, wenn Sie keine Kosten für ärztliche Leistungen geltend machen.

Das **Ersatz-Krankenhaustagegeld** zahlen wir für jeden Krankenhaustag, an dem die jeweilige Leistung nicht angefallen ist.

Bei teilstationären, vor- und nachstationären Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulanten **stationersetzenden Operationen** zahlen wir kein Ersatz-Krankenhaustagegeld.

8. Rooming In

Sind wir nach den Nummern 1 bis 4 für ein Kind leistungspflichtig, gilt: Wir zahlen die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson. Diese Regelung gilt für Kinder, die zu Beginn der Behandlung jünger als 16 Jahre sind.

9. Fahrt- und Transportkosten

(1) Für medizinisch notwendige Fahrten und Transporte ersetzen wir die Kosten zu 100 %.

Voraussetzung:

Die Fahrt oder der Transport erfolgt zu einer Behandlung, für die wir nach den Nummern 1 bis 5 leistungspflichtig sind.

(2) Versichert sind auch Fahrten und Transporte wegen einer Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Fahruntüchtigkeit. Wir erstatten nach Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers maximal 250 EUR pro Kalenderjahr.

Voraussetzung:

Die Geh- oder Sehunfähigkeit sowie die Fahruntüchtigkeit beruhen auf einer ärztlich festgestellten Krankheit oder sind Folge einer ärztlichen Behandlung.

10. Leistungsausschluss für bei Antragstellung bestehende Schwangerschaft

War bei Ihnen oder der versicherten Person eine Schwangerschaft ärztlich festgestellt, als Sie den Antrag auf Versicherung gestellt haben, gilt: Wir leisten nicht für diese Entbindung oder Komplikationen während der Entbindung.

11. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen in Deutschland

Wir erstatten ärztliche Abrechnungen, die

- der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) entsprechen,
- auf einer Honorarvereinbarung nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) beruhen. Eine Honorarvereinbarung ist eine rechtswirksame Vereinbarung über eine von der GOÄ oder GOZ abweichende Höhe der Vergütung.

12. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen im Ausland

(1) Wir erstatten ärztliche Leistungen sowie die vom Krankenhaus berechneten allgemeinen Pflegekosten, Unterbringungs- und Verpflegungskosten in ortsüblicher Höhe. Voraussetzung ist, dass die Kosten den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer eventuell geltenden Gebührenordnung oder Taxe für den Behandelnden oder die behandelnde Einrichtung entsprechen. Bei ärztlichen Leistungen erstatten wir somit auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Dabei legen wir den Kurs des Tages zugrunde, an dem wir die Belege erhalten.

13. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem die Heilbehandlung stattfindet.

II. Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

III. Beiträge

1 Beitragsberechnung

(1) Der Tarif wird nach Art der **Schadenversicherung** kalkuliert. Es werden keine **Alterungsrückstellungen** gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(2) Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter. Das erreichte Alter ist die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters.

Ab dem 20., 30., 40., 50., 60. und 70. Geburtstag gilt folgende Regelung: Die versicherte Person zahlt ab dem auf den Geburtstag folgenden Kalenderjahr den Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe.

(3) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie 20 Jahre alt werden, den Beitrag für Kinder.

2. Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel, wenn

- die Kosten für Heilbehandlungen steigen
oder
- medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den **technischen Berechnungsgrundlagen** berechneten Versicherungsleistungen. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend setzen wir diese neu fest, wenn ein unabhängiger Treuhänder die **technischen Berechnungsgrundlagen** überprüft und der Anpassung zugestimmt hat.

Für die Berechnung bilden wir folgende **Beobachtungseinheiten**:

SP1, SP1F Erwachsene

SP1, SP1F Kinder und Jugendliche.

Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern.

(2) Wir verzichten auf eine Beitragsanpassung, wenn wir übereinstimmend mit dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen nur als vorübergehend ansehen.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von vereinbarten **Risikozuschlägen** werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und deren maßgebliche Gründe folgt.

IV. Optionsrechte

Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen

Sie können verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ohne erneute **Gesundheitsprüfung** für die versicherte Person in den Tarif dieser **Tariflinie** mit höheren oder umfassenderen Leistungen umstellen.

Voraussetzung:

Wir nehmen die Umstellung nur vor, wenn der gewählte Tarif in dem Gruppenversicherungsvertrag oder Rahmenvertrag aufgeführt ist.

Termin der Umstellung ist jeweils der Erste des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person folgendes Alter erreicht: Sie wird 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 oder 65 Jahre alt. Sie müssen den Antrag auf Umstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin stellen.

Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz gilt auch für laufende Versicherungsfälle ab dem Termin der Umstellung. Für die Einstufung des Beitrags gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Bisher vereinbarte **Risikozuschläge** oder Leistungsausschlüsse bleiben bestehen. Den individuellen Beitrag für prozentuale **Risikozuschläge** passen wir entsprechend an.

V. Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten

1. Beendigung

(1) Die Versicherung endet, wenn

- die Versicherung bei der GKV, in der Familienversicherung oder der freien **Heilfürsorge** endet
- der Versicherungsnehmer aus dem Unternehmen oder der Organisation ausscheidet, mit denen der Gruppen- oder Rahmenvertrag besteht
oder
- der Gruppenvertrag mit dem Arbeitgeber bzw. der Rahmenvertrag endet.

(2) Für Familienangehörige endet die Versicherung auch, wenn

- der Versicherungsnehmer verstirbt,
- die versicherte Person die Voraussetzungen als Familienangehöriger nicht mehr erfüllt,
- die Versicherung für den Versicherungsnehmer endet.

(3) Die Versicherung endet mit Ablauf des Monats, in den das jeweilige Ereignis fällt.

Wir müssen innerhalb von 2 Monaten darüber informiert werden, wenn ein Beendigungsgrund eintritt. Ausnahme ist die Beendigung des Gruppenvertrages. Erfahren wir später von dem Beendigungsgrund, endet die Versicherung mit dem Monat, in dem wir informiert werden.

(4) Es gelten daneben die Regelungen aus Abschnitt D. 3. Absätze 2, 3 und 4 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

2. Fortführungsmöglichkeiten

- (1) Wenn ein Beendigungsgrund eintritt, kann die versicherte Person die Versicherung im Tarif SP1 (Einzelversicherung) fortsetzen.
- (2) Die Fortsetzung muss die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Tarifes SP1F bei uns beantragen.

Für die Fortsetzung führen wir keine neue **Gesundheitsprüfung** durch.

Glossar

Allgemeine Krankenhausleistungen sind vor allem die medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte sowie die Pflege, Unterkunft und Verpflegung im Mehrbettzimmer. Ferner gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Früherkennungsmaßnahmen, vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter, besondere Leistungen von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie die Frührehabilitation. Wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnet, sind die allgemeinen Krankenhausleistungen in § 7 KHEntgG bzw. § 2 BPfIV geregelt. Wenn das Krankenhaus nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Unterbringung im Drei oder Mehrbettzimmer, Nebenkosten und ärztliche Leistungen, die nicht gesondert vereinbart werden.

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit.

Ersatz-Krankhaustagegeld ist ein vereinbarter Betrag, der für jeden Tag eines Aufenthalts im Krankenhaus gezahlt wird. Das Ersatz-Krankhaustagegeld erhalten Sie nur, wenn Sie auf andere versicherte Leistungen verzichten. Zum Beispiel auf die tariflich vereinbarte Unterbringung im Einbettzimmer oder die Behandlung durch den Chefarzt.

Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes: Für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer dürfen Krankenhäuser vom Patienten einen Zuschlag verlangen, dessen Höhe allerdings angemessen sein muss. Der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben deshalb eine Gemeinsame Empfehlung zur Preisfindung bei Zimmerzuschlägen herausgegeben.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers oder einer zu versichernden Person berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmendeckung und die Beitragsberechnung.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Privatkliniken sind rechtlich und wirtschaftlich selbständige Einrichtungen, die außerhalb der staatlichen Krankenhausförderung stehen. Diese Privatkliniken können ihre Preise für stationäre Leistungen weitgehend frei gestalten.

Prozeduren-Kode meint den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – das ist die offizielle Klassifikation zum Verschlüsseln von medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) stellt den OPS jährlich neu bereit.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine **Gesundheitsprüfung** durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Schadenversicherung: Eine Versicherung kann nach Art der Schadenversicherung betrieben werden. Das bedeutet, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung. Rückstellungen für den Ausgleich der höheren Kosten im Alter (Alterungsrückstellungen) werden nicht gebildet.

Stationersetzende Operation: Darunter versteht man einen chirurgischen Eingriff in einer Praxis, Praxisklinik oder im Krankenhaus ohne anschließende Übernachtung. Wenn die Erkrankung und der Gesundheitszustand des Patienten es zulassen, können so unnötige vollstationäre Behandlungen im Krankenhaus vermieden werden.

Tariflinie: Eine Tariflinie umfasst mehrere Einzeltarife, denen die gleichen allgemeinen Regelungen zugrunde liegen. Die Tarife einer Tariflinie werden in der Regel unter dem gleichen Namen angeboten. Namenszusätze wie zum Beispiel Classic, Comfort oder Premium kennzeichnen unterschiedliche Leistungsumfänge oder Erstattungshöhen.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Technische Berechnungsgrundlagen: In den technischen Berechnungsgrundlagen sind alle für die Beitragsberechnung erforderlichen Informationen enthalten (beispielsweise Formeln, verwendete statistische Daten).

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfenergänzungstarife) möglich.

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) (weggefallen)

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарифen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарифe nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahlтарифe nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарифe nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарифen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтариф müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарифen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарифen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annah-

men, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) 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, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organ Spendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen,

stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausesgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

(1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass

1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),
2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,
3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausesfälle ordnungsgemäß erfolgt.

Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Satz 1 genannten Verpflichtungen prüfen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über

1. den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbe gründender Unterlagen an die Krankenkassen,
2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,
3. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
4. den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
5. die Prüfungsdauer,
6. den Prüfungsort,
7. die Abwicklung von Rückforderungen und
8. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach Absatz 2b Satz 1

zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1. Die Regelung nach Satz 2 Nummer 8 ist bis zum 30. Juni 2020 zu treffen und hat insbesondere vorzusehen, innerhalb welcher angemessenen Frist Tatsachen und Einwendungen schriftlich oder elektronisch geltend gemacht werden müssen, die im Rahmen der Erörterung zu berücksichtigen sind, unter welchen Voraussetzungen eine nicht fristgemäße Geltendmachung von

Einwendungen oder Tatsachenvortrag zugelassen werden kann, wenn sie auf nicht zu vertretenden Gründen beruht, und in welcher Form das Ergebnis der Erörterung einschließlich der geltend gemachten Einwendungen und des geltend gemachten Tatsachenvortrags zu dokumentieren sind. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 5 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

(2a) Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. Einwendungen und Tatsachenvortrag in Bezug auf die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung können im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie im Rahmen der Erörterung nach Satz 1 nicht oder nicht innerhalb der in der Verfahrensregelung nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 vorgesehenen Frist, deren Lauf frühestens mit dem Inkrafttreten der Verfahrensregelung beginnt, schriftlich oder elektronisch gegenüber der anderen Partei geltend gemacht worden sind, und die nicht fristgemäße Geltendmachung auf von der Krankenkasse oder vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen beruht. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.

(3) Zur Überprüfung der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die beteiligten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schlichtungsperson bestellen. Die Bestellung der Schlichtungsperson kann für einzelne oder sämtliche Streitigkeiten erfolgen. Gegen die Entscheidung der Schlichtungsperson ist der Sozialrechtsweg gegeben. Die Kosten der Schlichtungsperson tragen die am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien zu gleichen Teilen.

(4) Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 2 Satz 5 ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Personen, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind, von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und den für die Personen zuständigen Kostenträgern Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an die für die Person zuständigen Kostenträger zu übermitteln, wenn die Person hierzu ihre Einwilligung erteilt hat. Die Deutsche Krankenhausesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt die Einwilligung der Person hierzu voraus.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2020, jeweils für das vorangegangene Jahr eine Statistik insbesondere zu folgenden Sachverhalten:

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge,
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen,
4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge,
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2 und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b,
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Sachverhalte nach Satz 1 sind bundesweit und nach Medizinischen Diensten zu gliedern. Für Zwecke der Statistik nach Satz 1 sind die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April des Folgejahres die erforderlichen Daten ohne Versichertenbezug an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Für die erste Datenlieferung zum 30. April 2020 für das Jahr 2019 sind die in Satz 1 Nummer 1, 6 und 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge sowie die in Satz 1 Nummer 5 genannte Anzahl und die Ergebnisse der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b nicht zu übermitteln; für die Datenlieferung zum 30. April 2021 für das Jahr 2020 sind die in Satz 1 Nummer 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4

genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie den Konsequenzen, wenn Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Der Bericht hat insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationärsersetzender Eingriffe zu untersuchen. Für die Erstellung des Berichts haben die Vertragsparteien nach Satz 1 die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und nach § 275c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben gemeinsam zur Erstellung des Berichts fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen.

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:

1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
3. gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a,
4. Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz sowie nach § 33 Absatz 3 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes,
5. Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1),
6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2),
- 6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a,
7. Pflegezuschlag nach § 8 Absatz 10.

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Darüber hinaus werden der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet.

(2) Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ermittelt:

1. Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert;
2. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2; die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen;
3. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5, 6 und 6a; die Entgelte sind in der nach den §§ 6 und 6a krankenhausesindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;
4. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4; die Zu- und Abschläge werden krankenhausesindividuell vereinbart. Die auf der Bundesebene vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind anzuwenden.

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegegesetzverordnung - BPFIV)

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus oder durch das Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören

1. eine Dialyse,
2. bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen.

(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung für Gruppen- und Rahmenverträge

Teil II: Tarif SP2F für die stationäre Heilbehandlung

Stand: 01.06.2020

Der Tarif gilt zusammen mit dem Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
I. Unsere Leistungen	2
1. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland mit 100 %-iger Vorleistung der GKV	2
2. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ohne volle Vorleistung der GKV	3
3. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland	3
4. Stationäre Psychotherapie	4
5. Ambulante stationärer ersetzende Operationen in Deutschland	4
6. Ambulante Untersuchungen im Krankenhaus	4
7. Ersatz-Krankenhaustagegeld bei akutstationärer Behandlung in Deutschland	4
8. Rooming In	4
9. Fahrt- und Transportkosten	4
10. Leistungsausschluss für bei Antragstellung bestehende Schwangerschaft	5
11. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen in Deutschland und der Europäischen Union (EU) bzw. im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)	5
12. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen im außereuropäischen Ausland	5
13. Zuordnung der Kosten	5
II. Wartezeiten	5
III. Beiträge	5
1. Beitragsberechnung	5
2. Beitragsanpassung	5
IV. Optionsrechte	6
V. Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten	6
1. Beendigung	6
2. Fortführungsmöglichkeiten	6
Glossar	7
Anhang	8

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten 100 % für:

- Zweibettzimmer
- privatärztliche Behandlung (Chefarzt und Belegarzt)
- ambulante stationersetzende Operationen.

Wir erstatten **Ersatz-Krankenhaustagegeld** bei:

- Wahl eines Mehrbettzimmers 20 EUR
- Verzicht auf Chefarzt 60 EUR.

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die stationäre Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 7.

Aufnahmefähigkeit

In den Tarif aufgenommen werden Personen, deren gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ist.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder dort einen Anspruch auf Familienversicherung haben
oder
- einen Anspruch auf freie **Heilfürsorge** haben
und
- als Mitarbeiter oder Familienangehöriger innerhalb eines Gruppenversicherungsvertrages in der betrieblichen Krankenversicherung angemeldet werden. Familienangehörige sind: Ehepartner, Lebenspartner, Lebensgefährten in häuslicher Gemeinschaft und Kinder bis zum 34. Lebensjahr, solange sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden bzw. unterhaltsberechtig sind
oder
- innerhalb eines Rahmenvertrages Zugang zur Gruppen-Krankenversicherung erhalten.

Im Folgenden ist die **Heilfürsorge** der GKV hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

I. Unsere Leistungen

Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die

- unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen
und
- über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen
und
- Krankengeschichten führen.

Dazu gehören auch **Privatkliniken**, wenn sie die genannten Kriterien erfüllen.

Zur stationären Heilbehandlung zählen:

- vollstationäre Behandlungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V.

Versichert sind auch ambulante **stationersetzende Operationen** und ambulante Vor- und Nachuntersuchungen.

1. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland mit 100 %-iger Vorleistung der GKV

Wenn die GKV die **allgemeinen Krankenhausleistungen** übernimmt, ist die Behandlung für uns medizinisch notwendig. Wir erstatten dann 100 % der Kosten für:

- die gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer. Das gilt auch, wenn Sie oder die versicherte Person ein Einbettzimmer gewählt haben. Eingeschlossen sind Komfortleistungen, die in der Höhe und im Umfang der **Gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes** entsprechen. Dazu gehören beispielsweise die gehobene Verpflegung, Tageszeitungen, persönlicher Service, Telefon und Internet,

- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen von Belegärzten,
- gesondert berechenbare Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern,
- Mehrkosten, weil Sie oder die versicherte Person nicht das Krankenhaus aus der ärztlichen Einweisung gewählt haben (§ 39 Absatz 2 SGB V).

Hinweis:

Wir zahlen nicht für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen.

2. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ohne volle Vorleistung der GKV

Wenn die GKV die **allgemeinen Krankenhausleistungen** nicht in voller Höhe übernimmt, gilt: Wir prüfen die medizinische Notwendigkeit. Ist die stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig, zahlen wir:

- die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung als **allgemeine Krankenhausleistungen**.

Als Vorleistung der GKV gilt:

- bei akutstationären Behandlungen: eine Zahlung in Höhe der Kosten, die in einem für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Krankenhaus gelten. Dieses rechnet nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung ab.
- bei Rehabilitationsmaßnahmen: eine Zahlung in Höhe der Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung einer für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Rehabilitationsklinik. Es gelten die Preise der Klinik, die am nächsten zum Wohnort der versicherten Person und für die jeweilige Erkrankung geeignet ist.
- die gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer. Eingeschlossen sind Komfortleistungen, die in der Höhe und im Umfang der **Gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes** entsprechen. Dazu gehören beispielsweise eine gehobene Verpflegung, Tageszeitungen, persönlicher Service, Telefon und Internet. Das gilt auch, wenn Sie oder die versicherte Person ein Einbettzimmer gewählt haben,
- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen von Belegärzten,
- gesondert berechenbare Leistungen Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Hinweise:

Wir zahlen nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet. Das kann beispielsweise bei der Behandlung in einer **Privatklinik** vorkommen. In diesem Fall tragen Sie die **allgemeinen Krankenhausleistungen** selbst.

Wir zahlen nicht für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen.

3. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland

Wenn die GKV für die **allgemeinen Krankenhausleistungen** eine Vorleistung übernimmt, gilt: Die Behandlung ist für uns medizinisch notwendig. Eine Vorleistung ist:

- bei akutstationären Behandlungen: eine Zahlung in Höhe der Kosten, die in einem für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen deutschen Krankenhaus gelten. Dieses rechnet nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung ab.
- bei Rehabilitationsmaßnahmen: eine Zahlung in Höhe der Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung einer für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Rehabilitationsklinik. Es gelten die Preise der Klinik in Deutschland, die am nächsten zum Wohnort der versicherten Person und für die jeweilige Erkrankung geeignet ist.

Wir erstatten dann 100 % der verbleibenden Kosten für:

- die gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer. Das gilt auch, wenn Sie oder die versicherte Person ein Einbettzimmer gewählt haben,
- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern.

Hinweise:

Wir leisten nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet. Das trifft beispielsweise zu, wenn die GKV nur für eine ambulante Behandlung zahlt.

Wir zahlen nicht für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen.

Wir empfehlen Ihnen, vor geplanten Krankenhausaufenthalten im Ausland einen Kostenvoranschlag bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, in welchem Umfang wir die Kosten übernehmen. Wenn Sie uns keinen Kostenvoranschlag vorlegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

4. Stationäre Psychotherapie

Versichert ist auch die medizinisch notwendige stationäre Psychotherapie. Den Umfang finden Sie unter Abschnitt 1 bis 3.

5. Ambulante stationäreretzende Operationen in Deutschland

Bei einer ambulanten Operation, die eine ansonsten gebotene stationäre Behandlung ersetzt, erstatten wir 100 % der Kosten für

- ärztliche Leistungen,
- Laboruntersuchungen.

Wir empfehlen Ihnen, für die ambulante **stationäreretzende Operation** vor Beginn der Behandlung einen Kostenvoranschlag bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, ob und in welchem Umfang wir die Kosten übernehmen. Der Kostenvoranschlag sollte die Bezeichnung der Operation mit einem **Prozeduren-Kode** aus dem gültigen Verzeichnis der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) enthalten.

Eine ambulante Operation, die eine ansonsten gebotene stationäre Behandlung ersetzt, liegt vor, wenn die Operation

- in dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt ist oder
- in dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 1 aufgeführt ist und
- Umstände vorliegen, bei denen eine stationäre Durchführung notwendig sein kann. Diese ergeben sich aus: den Punkten A, B, D, E und F des gemeinsamen Kataloges von Kriterien (G-AEP) für das Prüfverfahren nach § 17c KHG.

Leistet ein anderer Kostenträger, beispielsweise die GKV, erstatten wir maximal die verbleibenden Kosten. Als Vorleistung gilt auch ein Selbstbehalt, den die GKV nach § 53 SGB V von ihren Leistungen abzieht. Diesen Selbstbehalt erstatten wir nicht.

Wir erstatten keine Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen, beispielsweise Kosten für Übernachtungen oder die Verpflegung.

6. Ambulante Untersuchungen im Krankenhaus

Bei ambulanten Vor- oder Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus erstatten wir 100 % der Kosten für:

- ärztliche Leistungen,
- Laboruntersuchungen.

Voraussetzung:

Die Untersuchung ist im Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Behandlung nach den Nummern 1 bis 5 erforderlich. Wir erstatten dann jeweils eine Vor- und eine Nachuntersuchung.

7. Ersatz-Krankenhaustagegeld bei akutstationärer Behandlung in Deutschland

Wenn für die Unterbringung im Zweibettzimmer oder für ärztliche Leistungen keine Kosten anfallen, zahlen wir ein Krankenhaustagegeld. Sie erhalten von uns:

- 20 EUR, wenn Sie keine Kosten für die Unterkunft geltend machen,
- 60 EUR, wenn Sie keine Kosten für ärztliche Leistungen geltend machen.

Das **Ersatz-Krankenhaustagegeld** zahlen wir für jeden Krankenhaustag, an dem die jeweilige Leistung nicht angefallen ist.

Bei teilstationären, vor- und nachstationären Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulanten **stationäreretzenden Operationen** zahlen wir kein **Ersatz-Krankenhaustagegeld**.

8. Rooming In

Sind wir nach den Nummern 1 bis 4 für ein Kind leistungspflichtig, gilt: Wir zahlen die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson. Diese Regelung gilt für Kinder, die zu Beginn der Behandlung jünger als 16 Jahre sind.

9. Fahrt- und Transportkosten

(1) Für medizinisch notwendige Fahrten und Transporte ersetzen wir die Kosten zu 100 %.

Voraussetzung:

Die Fahrt oder der Transport erfolgt zu einer Behandlung, für die wir nach den Nummern 1 bis 5 leistungspflichtig sind.

(2) Versichert sind auch Fahrten und Transporte wegen einer Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Fahruntüchtigkeit. Wir erstatten nach Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers maximal 250 EUR pro Kalenderjahr.

Voraussetzung:

Die Geh- oder Sehunfähigkeit sowie die Fahruntüchtigkeit beruhen auf einer ärztlich festgestellten Krankheit oder sind Folge einer ärztlichen Behandlung.

10. Leistungsausschluss für bei Antragstellung bestehende Schwangerschaft

War bei Ihnen oder der versicherten Person eine Schwangerschaft ärztlich festgestellt, als Sie den Antrag auf Versicherung gestellt haben, gilt: Wir leisten nicht für diese Entbindung oder Komplikationen während der Entbindung.

11. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen in Deutschland und der Europäischen Union (EU) bzw. im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

(1) Für Behandlungen in Deutschland erstatten wir ärztliche Abrechnungen, die

- der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) entsprechen,
- auf einer Honorarvereinbarung nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte beruhen. Eine Honorarvereinbarung ist eine rechtswirksame Vereinbarung über eine von der GOÄ oder GOZ abweichende Höhe der Vergütung.

(2) Für Behandlungen in einem Mitgliedsstaat der EU oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) erstatten wir maximal die Kosten, die wir bei einer Behandlung in Deutschland zahlen würden. Bei Überschreitung des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zahlen wir auch ohne nähere Begründung.

12. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen im außereuropäischen Ausland

(1) Für eine Behandlung in Staaten außerhalb der EU und des EWR erstatten wir maximal die Kosten, die wir bei einer Behandlung in Deutschland zahlen würden. Bei ärztlichen Leistungen erstatten wir maximal die Höchstsätze der deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Dabei legen wir den Kurs des Tages zugrunde, an dem wir die Belege erhalten.

13. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem die Heilbehandlung stattfindet.

II. Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

III. Beiträge

1. Beitragsberechnung

(1) Der Tarif wird nach Art der **Schadenversicherung** kalkuliert. Es werden keine **Alterungsrückstellungen** gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(2) Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter. Das erreichte Alter ist die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters.

Ab dem 20., 30., 40., 50., 60. und 70. Geburtstag gilt folgende Regelung: Die versicherte Person zahlt ab dem auf den Geburtstag folgenden Kalenderjahr den Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe.

(3) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie 20 Jahre alt werden, den Beitrag für Kinder.

2. Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel, wenn

- die Kosten für Heilbehandlungen steigen
oder
- medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den **technischen Berechnungsgrundlagen** berechneten Versicherungsleistungen. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend setzen wir diese neu fest, wenn ein unabhängiger Treuhänder die **technischen Berechnungsgrundlagen** überprüft und der Anpassung zugestimmt hat.

Für die Berechnung bilden wir folgende **Beobachtungseinheiten**:

SP2, SP2F Erwachsene

SP2, SP2F Kinder und Jugendliche.

Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern.

(2) Wir verzichten auf eine Beitragsanpassung, wenn wir übereinstimmend mit dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen nur als vorübergehend ansehen.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von vereinbarten **Risikozuschlägen** werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und deren maßgebliche Gründe folgt.

IV. Optionsrechte

Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen

Sie können verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ohne erneute **Gesundheitsprüfung** für die versicherte Person in den Tarif dieser **Tariflinie** mit höheren oder umfassenderen Leistungen umstellen.

Voraussetzung:

Wir nehmen die Umstellung nur vor, wenn der gewählte Tarif in dem Gruppenversicherungsvertrag oder Rahmenvertrag aufgeführt ist.

Termin der Umstellung ist jeweils der Erste des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person folgendes Alter erreicht: Sie wird 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 oder 65 Jahre alt. Sie müssen den Antrag auf Umstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin stellen.

Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz gilt auch für laufende Versicherungsfälle ab dem Termin der Umstellung. Für die Einstufung des Beitrags gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Bisher vereinbarte **Risikozuschläge** oder Leistungsausschlüsse bleiben bestehen. Den individuellen Beitrag für prozentuale **Risikozuschläge** passen wir entsprechend an.

V. Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten

1. Beendigung

(1) Die Versicherung endet, wenn

- die Versicherung bei der GKV, in der Familienversicherung oder der freien **Heilfürsorge** endet
- der Versicherungsnehmer aus dem Unternehmen oder der Organisation ausscheidet, mit denen der Gruppen- oder Rahmenvertrag besteht
- oder
- der Gruppenvertrag mit dem Arbeitgeber bzw. der Rahmenvertrag endet.

(2) Für Familienangehörige endet die Versicherung auch, wenn

- der Versicherungsnehmer verstirbt,
- die versicherte Person die Voraussetzungen als Familienangehöriger nicht mehr erfüllt,
- die Versicherung für den Versicherungsnehmer endet.

(3) Die Versicherung endet mit Ablauf des Monats, in den das jeweilige Ereignis fällt.

Wir müssen innerhalb von 2 Monaten darüber informiert werden, wenn ein Beendigungsgrund eintritt. Ausnahme ist die Beendigung des Gruppenvertrages. Erfahren wir später von dem Beendigungsgrund, endet die Versicherung mit dem Monat, in dem wir informiert werden.

(4) Es gelten daneben die Regelungen aus Abschnitt D. 3. Absätze 2, 3 und 4 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

2. Fortführungsmöglichkeiten

(1) Wenn ein Beendigungsgrund eintritt, kann die versicherte Person die Versicherung im Tarif SP2 (Einzelversicherung) fortsetzen.

(2) Die Fortsetzung muss die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Tarifes SP2F bei uns beantragen.

Für die Fortsetzung führen wir keine neue **Gesundheitsprüfung** durch.

Glossar

Allgemeine Krankenhausleistungen sind vor allem die medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte sowie die Pflege, Unterkunft und Verpflegung im Mehrbettzimmer. Ferner gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Früherkennungsmaßnahmen, vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter, besondere Leistungen von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie die Frührehabilitation.

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit.

Ersatz-Krankenhaustagegeld ist ein vereinbarter Betrag, der für jeden Tag eines Aufenthalts im Krankenhaus gezahlt wird. Das Ersatz-Krankenhaustagegeld erhalten Sie nur, wenn Sie auf andere versicherte Leistungen verzichten. Zum Beispiel auf die tariflich vereinbarte Unterbringung im Einbettzimmer oder die Behandlung durch den Chefarzt.

Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes: Für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer dürfen Krankenhäuser vom Patienten einen Zuschlag verlangen, dessen Höhe allerdings angemessen sein muss. Der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben deshalb eine Gemeinsame Empfehlung zur Preisfindung bei Zimmerzuschlägen herausgegeben.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers oder einer zu versichernden Person berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmeentscheidung und die Beitragsberechnung.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Privatkliniken sind rechtlich und wirtschaftlich selbständige Einrichtungen, die außerhalb der staatlichen Krankenhausförderung stehen. Diese Privatkliniken können ihre Preise für stationäre Leistungen weitgehend frei gestalten.

Prozeduren-Kode meint den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – das ist die offizielle Klassifikation zum Verschlüsseln von medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) stellt den OPS jährlich neu bereit.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine Gesundheitsprüfung durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Schadenversicherung: Eine Versicherung kann nach Art der Schadenversicherung betrieben werden. Das bedeutet, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung. Rückstellungen für den Ausgleich der höheren Kosten im Alter (Alterungsrückstellungen) werden nicht gebildet.

Stationersetzende Operation: Darunter versteht man einen chirurgischen Eingriff in einer Praxis, Praxisklinik oder im Krankenhaus ohne anschließende Übernachtung. Wenn die Erkrankung und der Gesundheitszustand des Patienten es zulassen, können so unnötige vollstationäre Behandlungen im Krankenhaus vermieden werden.

Tariflinie: Eine Tariflinie umfasst mehrere Einzeltarife, denen die gleichen allgemeinen Regelungen zugrunde liegen. Die Tarife einer Tariflinie werden in der Regel unter dem gleichen Namen angeboten. Namenszusätze wie zum Beispiel Classic, Comfort oder Premium kennzeichnen unterschiedliche Leistungsumfänge oder Erstattungshöhen.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Technische Berechnungsgrundlagen: In den technischen Berechnungsgrundlagen sind alle für die Beitragsberechnung erforderlichen Informationen enthalten (beispielsweise Formeln, verwendete statistische Daten).

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfenergänzungstarife) möglich.

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) (weggefallen)

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарife nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annah-

men, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) 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, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organ Spendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen,

stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausesgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

(1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass

1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),
2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,
3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausesfälle ordnungsgemäß erfolgt.

Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Satz 1 genannten Verpflichtungen prüfen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über

1. den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbe gründender Unterlagen an die Krankenkassen,
2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,
3. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
4. den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
5. die Prüfungsdauer,
6. den Prüfungsort,
7. die Abwicklung von Rückforderungen und
8. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach Absatz 2b Satz 1

zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1. Die Regelung nach Satz 2 Nummer 8 ist bis zum 30. Juni 2020 zu treffen und hat insbesondere vorzusehen, innerhalb welcher angemessenen Frist Tatsachen und Einwendungen schriftlich oder elektronisch geltend gemacht werden müssen, die im Rahmen der Erörterung zu berücksichtigen sind, unter welchen Voraussetzungen eine nicht fristgemäße Geltendmachung von

Einwendungen oder Tatsachenvortrag zugelassen werden kann, wenn sie auf nicht zu vertretenden Gründen beruht, und in welcher Form das Ergebnis der Erörterung einschließlich der geltend gemachten Einwendungen und des geltend gemachten Tatsachenvortrags zu dokumentieren sind. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 5 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

(2a) Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. Einwendungen und Tatsachenvortrag in Bezug auf die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung können im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie im Rahmen der Erörterung nach Satz 1 nicht oder nicht innerhalb der in der Verfahrensregelung nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 vorgesehenen Frist, deren Lauf frühestens mit dem Inkrafttreten der Verfahrensregelung beginnt, schriftlich oder elektronisch gegenüber der anderen Partei geltend gemacht worden sind, und die nicht fristgemäße Geltendmachung auf von der Krankenkasse oder vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen beruht. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.

(3) Zur Überprüfung der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die beteiligten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schlichtungsperson bestellen. Die Bestellung der Schlichtungsperson kann für einzelne oder sämtliche Streitigkeiten erfolgen. Gegen die Entscheidung der Schlichtungsperson ist der Sozialrechtsweg gegeben. Die Kosten der Schlichtungsperson tragen die am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien zu gleichen Teilen.

(4) Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 2 Satz 5 ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Personen, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind, von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und den für die Personen zuständigen Kostenträgern Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an die für die Person zuständigen Kostenträger zu übermitteln, wenn die Person hierzu ihre Einwilligung erteilt hat. Die Deutsche Krankenhausesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt die Einwilligung der Person hierzu voraus.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2020, jeweils für das vorangegangene Jahr eine Statistik insbesondere zu folgenden Sachverhalten:

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge,
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen,
4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge,
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2 und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b,
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Sachverhalte nach Satz 1 sind bundesweit und nach Medizinischen Diensten zu gliedern. Für Zwecke der Statistik nach Satz 1 sind die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April des Folgejahres die erforderlichen Daten ohne Versichertenbezug an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Für die erste Datenlieferung zum 30. April 2020 für das Jahr 2019 sind die in Satz 1 Nummer 1, 6 und 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge sowie die in Satz 1 Nummer 5 genannte Anzahl und die Ergebnisse der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b nicht zu übermitteln; für die Datenlieferung zum 30. April 2021 für das Jahr 2020 sind die in Satz 1 Nummer 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4

genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie den Konsequenzen, wenn Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Der Bericht hat insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationärer Eingriffe zu untersuchen. Für die Erstellung des Berichts haben die Vertragsparteien nach Satz 1 die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und nach § 275c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben gemeinsam zur Erstellung des Berichts fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen.

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:

1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
3. gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a,
4. Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz sowie nach § 33 Absatz 3 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes,
5. Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1),
6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2),
- 6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a,
7. Pflegezuschlag nach § 8 Absatz 10.

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Darüber hinaus werden der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet.

(2) Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ermittelt:

1. Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert;
2. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2; die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen;
3. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5, 6 und 6a; die Entgelte sind in der nach den §§ 6 und 6a krankenhausesindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;
4. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4; die Zu- und Abschläge werden krankenhausesindividuell vereinbart. Die auf der Bundesebene vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind anzuwenden.

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegegesetzverordnung - BpflV)

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus oder durch das Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören

1. eine Dialyse,
2. bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen.

(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung für Gruppen- und Rahmenverträge

Teil II: Tarif SPUF für die stationäre Heilbehandlung bei Unfällen

Stand: 01.06.2020

Der Tarif gilt zusammen mit dem Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
I. Versicherungsfall / Unfallbegriff	2
II. Leistungsbegrenzungen	3
III. Unsere Leistungen	3
1. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland mit 100 %-iger Vorleistung der GKV	3
2. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ohne volle Vorleistung der GKV	4
3. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland	4
4. Ambulante stationäreretzende Operationen in Deutschland	4
5. Ambulante Untersuchungen im Krankenhaus	5
6. Ersatz-Krankenhaustagegeld bei akutstationärer Behandlung in Deutschland	5
7. Rooming In	5
8. Fahrt- und Transportkosten	5
9. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen in Deutschland	5
10. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen im Ausland	6
11. Zuordnung der Kosten	6
IV. Wartezeiten	6
V. Beiträge	6
1. Beitragsberechnung	6
2. Beitragsanpassung	6
VI. Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten	6
1. Beendigung	6
2. Fortführungsmöglichkeiten	7
Glossar	8
Anhang	9

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten nach einem Unfall 100 % für:

- Ein- oder Zweibettzimmer
- privatärztliche Behandlung (Chefarzt und Belegarzt)
- ambulante stationersetzende Operationen.

Wir erstatten nach einem Unfall **Ersatz-Krankenhaustagegeld** bei:

- Wahl eines Zweibettzimmers 20 EUR
- Wahl eines Mehrbettzimmers 40 EUR
- Verzicht auf Chefarzt 60 EUR.

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die stationäre Heilbehandlung wegen der Folgen eines Unfalls. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 8.

Aufnahmefähigkeit

In den Tarif aufgenommen werden Personen, deren gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ist.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder dort einen Anspruch auf Familienversicherung haben
oder
- einen Anspruch auf freie **Heilfürsorge** haben
und
- als Mitarbeiter oder Familienangehöriger innerhalb eines Gruppenversicherungsvertrages in der betrieblichen Krankenversicherung angemeldet werden. Familienangehörige sind: Ehepartner, Lebenspartner, Lebensgefährten in häuslicher Gemeinschaft und Kinder bis zum 34. Lebensjahr, solange sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden bzw. unterhaltsberechtigter sind
oder
- innerhalb eines Rahmenvertrages Zugang zur Gruppen-Krankenversicherung erhalten.

Im Folgenden ist die **Heilfürsorge** der GKV hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

I. Versicherungsfall / Unfallbegriff

Abweichend von Teil I, A. 1. ist ausschließlich die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung wegen der Folgen eines Unfalls versichert.

Ein Unfall liegt in folgendem Fall vor: Die versicherte Person erleidet durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Schädigung ihrer Gesundheit.

Wir leisten nur für Unfälle, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

- Durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule verrenkt ein Gelenk oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerran oder reißen.
Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.
- Eine Vergiftung durch die Einnahme von festen oder flüssigen Stoffen durch den Eingang der Speiseröhre bei versicherten Personen bis zum 20. Geburtstag.
- Unfreiwillige Nahrungsmittelvergiftungen.
- Eine Vergiftung durch unfreiwillige Einwirkung von Gasen und Dämpfen.
- Eine Pflanzenvergiftung bei versicherten Personen bis zum 20. Geburtstag durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen.

In folgenden Fällen empfehlen wir, vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag vorzulegen:

- der Unfall liegt bereits längere Zeit zurück,
- es sind Folgebehandlungen geplant, beispielsweise Entfernung von Osteosynthesematerial.

II. Leistungsbegrenzungen

Wir zahlen nicht bei:

- Alkoholvergiftungen,
- alkoholbedingten Unfällen beim Führen eines Kraftfahrzeuges, wenn die Blutalkoholkonzentration der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt 1,1 Promille überschritten hat,
- Unfällen, die auf der Einnahme von Drogen oder sonstiger Rauschmittel durch die versicherte Person beruhen,
- Infektionen mit Krankheitserregern infolge von Insektenstichen oder –bissen,
Ausnahme: Infektionen infolge von Zeckenstichen sind mitversichert, wenn die Erkrankung frühestens drei Monate nach Versicherungsbeginn ärztlich festgestellt wird.
- Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind,
- Unfällen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs bei Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt,
- Unfällen als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird,
Ausnahme: bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit gilt die Begrenzung nicht.
- krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch den Unfall verursacht wurden,
Beispiele: Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall, Angstzustände des Opfers einer Straftat.
- Verletzungen in Folge von epileptischen Anfällen oder
- anderen Krampfanfällen, die den gesamten Körper erfassen.
Ausnahme: diese Anfälle wurden durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht.

Wir leisten ebenfalls nicht für Unfälle, die bei vorsätzlicher Ausführung einer Straftat entstehen.

III. Unsere Leistungen

Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die

- unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen
und
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen
und
- Krankengeschichten führen.

Dazu gehören auch **Privatkliniken**, wenn sie die genannten Kriterien erfüllen.

Zur stationären Heilbehandlung zählen:

- vollstationäre Behandlungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V.

Versichert sind zudem ambulante **stationsersetzende Operationen** und ambulante Vor- und Nachuntersuchungen.

1. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland mit 100 %-iger Vorleistung der GKV

Wenn die GKV die **allgemeinen Krankenhausleistungen** übernimmt, ist die Behandlung für uns medizinisch notwendig. Wir erstatten dann 100 % der Kosten für:

- die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer. Eingeschlossen sind Komfortleistungen, die in der Höhe und im Umfang der **Gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes** entsprechen. Dazu gehören beispielsweise eine gehobene Verpflegung, Tageszeitungen, persönlicher Service, Telefon und Internet,
- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen von Belegärzten,
- Mehrkosten, weil Sie oder die versicherte Person nicht das Krankenhaus aus der ärztlichen Einweisung gewählt haben (§ 39 Absatz 2 SGB V).

Für jeden Tag der vollstationären Behandlung zahlen wir ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR, zum Beispiel zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.

2. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ohne volle Vorleistung der GKV

Wenn die GKV die **allgemeinen Krankenhausleistungen** nicht in voller Höhe übernimmt, gilt: Wir prüfen die medizinische Notwendigkeit. Ist die stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig, zahlen wir:

- die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung als **allgemeine Krankenhausleistungen**.

Als Vorleistung der GKV gilt:

- bei akutstationären Behandlungen: eine Zahlung in Höhe der Kosten, die in einem für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Krankenhaus gelten. Dieses rechnet nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung ab.
- bei Rehabilitationsmaßnahmen: eine Zahlung in Höhe der Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung einer für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Rehabilitationsklinik. Es gelten die Preise der Klinik, die am nächsten zum Wohnort der versicherten Person und für die jeweilige Erkrankung geeignet ist.
- die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer. Eingeschlossen sind Komfortleistungen, die in der Höhe und im Umfang der **Gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankengesellschaft und des PKV-Verbandes** entsprechen. Dazu gehören beispielsweise eine gehobene Verpflegung, Tageszeitzungen, persönlicher Service, Telefon und Internet,
- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen von Belegärzten.

Für jeden Tag der vollstationären Behandlung zahlen wir ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR, zum Beispiel zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.

Hinweis:

Wir zahlen nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet. Das kann beispielsweise bei der Behandlung in einer **Privatklinik** vorkommen. In diesem Fall tragen Sie die **allgemeinen Krankenhausleistungen** selbst.

3. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland

Wenn die GKV für die **allgemeinen Krankenhausleistungen** eine Vorleistung übernimmt, gilt: Die Behandlung ist für uns medizinisch notwendig. Eine Vorleistung ist:

- bei akutstationären Behandlungen: eine Zahlung in Höhe der Kosten, die in einem für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen deutschen Krankenhaus gelten. Dieses rechnet nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung ab.
- bei Rehabilitationsmaßnahmen: eine Zahlung in Höhe der Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung einer für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Rehabilitationsklinik. Es gelten die Preise der Klinik in Deutschland, die am nächsten zum Wohnort der versicherten Person und für die jeweilige Erkrankung geeignet ist.

Wir erstatten dann 100 % der verbleibenden Kosten für:

- die vom Krankenhaus berechneten allgemeinen Pflegekosten, Unterbringung und Verpflegung,
- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen.

Für jeden Tag der vollstationären Behandlung zahlen wir ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR, zum Beispiel zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.

Hinweise:

Wir leisten nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet. Das trifft beispielsweise zu, wenn die GKV nur für eine ambulante Behandlung zahlt.

Wir empfehlen Ihnen, vor geplanten Krankenhausaufenthalten im Ausland einen Kostenvoranschlag bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, in welchem Umfang wir die Kosten übernehmen. Wenn Sie uns keinen Kostenvoranschlag vorlegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

4. Ambulante stationäreretzende Operationen in Deutschland

Bei einer ambulanten Operation, die eine ansonsten gebotene stationäre Behandlung ersetzt, erstatten wir 100 % der Kosten für

- ärztliche Leistungen,
- Laboruntersuchungen.

Wir empfehlen Ihnen, für die ambulante **stationäreretzende Operation** vor Beginn der Behandlung einen Kostenvoranschlag bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, ob und in welchem Umfang wir die Kosten

übernehmen. Der Kostenvoranschlag sollte die Bezeichnung der Operation mit einem **Prozeduren-Kode** aus dem gültigen Verzeichnis der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) enthalten.

Eine ambulante Operation, die eine ansonsten gebotene stationäre Behandlung ersetzt, liegt vor, wenn die Operation

- in dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt ist oder
- in dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 1 aufgeführt ist und
- Umstände vorliegen, bei denen eine stationäre Durchführung notwendig sein kann. Diese ergeben sich aus: den Punkten A, B, D, E und F des gemeinsamen Kataloges von Kriterien (G-AEP) für das Prüfverfahren nach § 17c KHG.

Leistet ein anderer Kostenträger, beispielsweise die GKV, erstatten wir maximal die verbleibenden Kosten. Als Vorleistung gilt auch ein Selbstbehalt, den die GKV nach § 53 SGB V von ihren Leistungen abzieht. Diesen Selbstbehalt erstatten wir nicht.

Wir erstatten keine Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen, beispielsweise Kosten für Übernachtungen oder die Verpflegung.

5. Ambulante Untersuchungen im Krankenhaus

Bei ambulanten Vor- oder Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus erstatten wir 100 % der Kosten für:

- ärztliche Leistungen,
- Laboruntersuchungen.

Voraussetzung:

Die Untersuchung ist im Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Behandlung nach den Nummern 1 bis 4 erforderlich. Wir erstatten dann jeweils eine Vor- und eine Nachuntersuchung.

6. Ersatz-Krankhaustagegeld bei akutstationärer Behandlung in Deutschland

Wenn für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer oder für ärztliche Leistungen keine Kosten anfallen, zahlen wir ein Krankhaustagegeld. Sie erhalten von uns:

- 20 EUR, wenn statt des Einbettzimmers ein Zweibettzimmer berechnet wird,
- 40 EUR, wenn Sie keine Kosten für die Unterkunft geltend machen,
- 60 EUR, wenn Sie keine Kosten für ärztliche Leistungen geltend machen.

Das **Ersatz-Krankhaustagegeld** zahlen wir für jeden Krankhaustag, an dem die jeweilige Leistung nicht angefallen ist.

Bei teilstationären, vor- und nachstationären Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulanten **stationsersetzenden Operationen** zahlen wir kein **Ersatz-Krankhaustagegeld**.

7. Rooming In

Sind wir nach den Nummern 1 bis 3 für ein Kind leistungspflichtig, gilt: Wir zahlen die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson. Diese Regelung gilt für Kinder, die zu Beginn der Behandlung jünger als 16 Jahre sind.

8. Fahrt- und Transportkosten

(1) Für medizinisch notwendige Transporte ersetzen wir die Kosten zu 100 %.

Voraussetzung:

Die Fahrt oder der Transport erfolgt zu einer Behandlung, für die wir nach den Nummern 1 bis 4 leistungspflichtig sind.

(2) Versichert sind auch Fahrten und Transporte wegen einer Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Fahruntüchtigkeit. Wir erstatten nach Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers maximal 250 EUR pro Kalenderjahr.

Voraussetzung:

Die Geh- oder Sehunfähigkeit sowie die Fahruntüchtigkeit beruhen auf einer ärztlich festgestellten Krankheit oder sind Folge einer ärztlichen Behandlung.

9. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen in Deutschland

Wir erstatten ärztliche Abrechnungen, die

- der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) entsprechen,

- auf einer Honorarvereinbarung nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) beruhen. Eine Honorarvereinbarung ist eine rechtswirksame Vereinbarung über eine von der GOÄ oder GOZ abweichende Höhe der Vergütung.

10. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen im Ausland

(1) Wir erstatten ärztliche Leistungen sowie die vom Krankenhaus berechneten allgemeinen Pflegekosten, Unterbringungs- und Verpflegungskosten in ortsüblicher Höhe. Voraussetzung ist, dass die Kosten den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer eventuell geltenden Gebührenordnung oder Taxe für den Behandelnden oder die behandelnde Einrichtung entsprechen. Bei ärztlichen Leistungen erstatten wir somit auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Dabei legen wir den Kurs des Tages zugrunde, an dem wir die Belege erhalten.

11. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem die Heilbehandlung stattfindet.

IV. Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

V. Beiträge

1. Beitragsberechnung

(1) Der Tarif wird nach Art der **Schadenversicherung** kalkuliert. Es werden keine **Alterungsrückstellungen** gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(2) Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter. Das erreichte Alter ist die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters.

Ab dem 20., 30., 40., 50., 60. und 70. Geburtstag gilt folgende Regelung: Die versicherte Person zahlt ab dem auf den Geburtstag folgenden Kalenderjahr den Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe.

(3) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie 20 Jahre alt werden, den Beitrag für Kinder.

2. Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel, wenn

- die Kosten für Heilbehandlungen steigen
oder
- medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den **technischen Berechnungsgrundlagen** berechneten Versicherungsleistungen. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend setzen wir diese neu fest, wenn ein unabhängiger Treuhänder die **technischen Berechnungsgrundlagen** überprüft und der Anpassung zugestimmt hat.

Für die Berechnung bilden wir folgende **Beobachtungseinheiten**:

SPU, SPUF Erwachsene

SPU, SPUF Kinder und Jugendliche.

Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern.

(2) Wir verzichten auf eine Beitragsanpassung, wenn wir übereinstimmend mit dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen nur als vorübergehend ansehen.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von vereinbarten **Risikozuschlägen** werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und deren maßgebliche Gründe folgt.

VI. Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten

1. Beendigung

(1) Die Versicherung endet, wenn

- die Versicherung bei der GKV, in der Familienversicherung oder der freien **Heilfürsorge** endet
 - der Versicherungsnehmer aus dem Unternehmen oder der Organisation ausscheidet, mit denen der Gruppen- oder Rahmenvertrag besteht
oder
 - der Gruppenvertrag mit dem Arbeitgeber bzw. der Rahmenvertrag endet.
- (2) Für Familienangehörige endet die Versicherung auch, wenn
- der Versicherungsnehmer verstirbt,
 - die versicherte Person die Voraussetzungen als Familienangehöriger nicht mehr erfüllt,
 - die Versicherung für den Versicherungsnehmer endet.
- (3) Die Versicherung endet mit Ablauf des Monats, in den das jeweilige Ereignis fällt.
- Wir müssen innerhalb von 2 Monaten darüber informiert werden, wenn ein Beendigungsgrund eintritt. Ausnahme ist die Beendigung des Gruppenvertrages. Erfahren wir später von dem Beendigungsgrund, endet die Versicherung mit dem Monat, in dem wir informiert werden.
- (4) Es gelten daneben die Regelungen aus Abschnitt D. 3. Absätze 2, 3 und 4 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

2. Fortführungsmöglichkeiten

- (1) Wenn ein Beendigungsgrund eintritt, kann die versicherte Person die Versicherung im Tarif SPU (Einzelversicherung) fortsetzen.
- (2) Die Fortsetzung muss die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Tarifes SPUF bei uns beantragen.
- Für die Fortsetzung führen wir keine neue Gesundheitsprüfung durch.

Glossar

Allgemeine Krankenhausleistungen sind vor allem die medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte sowie die Pflege, Unterkunft und Verpflegung im Mehrbettzimmer. Ferner gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Früherkennungsmaßnahmen, vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter, besondere Leistungen von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie die Frührehabilitation.

Wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnet, sind die allgemeinen Krankenhausleistungen in § 7 KHEntgG bzw. § 2 BPfIV geregelt. Wenn das Krankenhaus nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Unterbringung im Drei- oder Mehrbettzimmer, Nebenkosten und ärztliche Leistungen, die nicht gesondert vereinbart werden.

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit.

Ersatz-Krankhaustagegeld ist ein vereinbarter Betrag, der für jeden Tag eines Aufenthalts im Krankenhaus gezahlt wird. Das Ersatz-Krankhaustagegeld erhalten Sie nur, wenn Sie auf andere versicherte Leistungen verzichten. Zum Beispiel auf die tariflich vereinbarte Unterbringung im Einbettzimmer oder die Behandlung durch den Chefarzt.

Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes: Für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer dürfen Krankenhäuser vom Patienten einen Zuschlag verlangen, dessen Höhe allerdings angemessen sein muss. Der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben deshalb eine Gemeinsame Empfehlung zur Preisfindung bei Zimmerzuschlägen herausgegeben.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Privatkliniken sind rechtlich und wirtschaftlich selbständige Einrichtungen, die außerhalb der staatlichen Krankenhausförderung stehen. Diese Privatkliniken können ihre Preise für stationäre Leistungen weitgehend frei gestalten.

Prozeduren-Kode meint den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – das ist die offizielle Klassifikation zum Verschlüsseln von medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) stellt den OPS jährlich neu bereit.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine Gesundheitsprüfung durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Schadenversicherung: Eine Versicherung kann nach Art der Schadenversicherung betrieben werden. Das bedeutet, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung. Rückstellungen für den Ausgleich der höheren Kosten im Alter (Alterungsrückstellungen) werden nicht gebildet.

Stationersetzende Operation: Darunter versteht man einen chirurgischen Eingriff in einer Praxis, Praxisklinik oder im Krankenhaus ohne anschließende Übernachtung. Wenn die Erkrankung und der Gesundheitszustand des Patienten es zulassen, können so unnötige vollstationäre Behandlungen im Krankenhaus vermieden werden.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Technische Berechnungsgrundlagen: In den technischen Berechnungsgrundlagen sind alle für die Beitragsberechnung erforderlichen Informationen enthalten (beispielsweise Formeln, verwendete statistische Daten).

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfenergänzungstarife) möglich.

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) (weggefallen)

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарife nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annah-

men, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) 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, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organ Spendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen,

stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausesgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

(1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass

1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),
2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,
3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausesfälle ordnungsgemäß erfolgt.

Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Satz 1 genannten Verpflichtungen prüfen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über

1. den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbe gründender Unterlagen an die Krankenkassen,
2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,
3. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
4. den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
5. die Prüfungsdauer,
6. den Prüfungsort,
7. die Abwicklung von Rückforderungen und
8. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach Absatz 2b Satz 1

zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1. Die Regelung nach Satz 2 Nummer 8 ist bis zum 30. Juni 2020 zu treffen und hat insbesondere vorzusehen, innerhalb welcher angemessenen Frist Tatsachen und Einwendungen schriftlich oder elektronisch geltend gemacht werden müssen, die im Rahmen der Erörterung zu berücksichtigen sind, unter welchen Voraussetzungen eine nicht fristgemäße Geltendmachung von

Einwendungen oder Tatsachenvortrag zugelassen werden kann, wenn sie auf nicht zu vertretenden Gründen beruht, und in welcher Form das Ergebnis der Erörterung einschließlich der geltend gemachten Einwendungen und des geltend gemachten Tatsachenvortrags zu dokumentieren sind. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 5 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

(2a) Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. Einwendungen und Tatsachenvortrag in Bezug auf die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung können im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie im Rahmen der Erörterung nach Satz 1 nicht oder nicht innerhalb der in der Verfahrensregelung nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 vorgesehenen Frist, deren Lauf frühestens mit dem Inkrafttreten der Verfahrensregelung beginnt, schriftlich oder elektronisch gegenüber der anderen Partei geltend gemacht worden sind, und die nicht fristgemäße Geltendmachung auf von der Krankenkasse oder vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen beruht. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.

(3) Zur Überprüfung der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die beteiligten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schlichtungsperson bestellen. Die Bestellung der Schlichtungsperson kann für einzelne oder sämtliche Streitigkeiten erfolgen. Gegen die Entscheidung der Schlichtungsperson ist der Sozialrechtsweg gegeben. Die Kosten der Schlichtungsperson tragen die am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien zu gleichen Teilen.

(4) Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 2 Satz 5 ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Personen, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind, von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und den für die Personen zuständigen Kostenträgern Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an die für die Person zuständigen Kostenträger zu übermitteln, wenn die Person hierzu ihre Einwilligung erteilt hat. Die Deutsche Krankenhausesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt die Einwilligung der Person hierzu voraus.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2020, jeweils für das vorangegangene Jahr eine Statistik insbesondere zu folgenden Sachverhalten:

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge,
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen,
4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge,
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2 und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b,
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Sachverhalte nach Satz 1 sind bundesweit und nach Medizinischen Diensten zu gliedern. Für Zwecke der Statistik nach Satz 1 sind die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April des Folgejahres die erforderlichen Daten ohne Versichertenbezug an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Für die erste Datenlieferung zum 30. April 2020 für das Jahr 2019 sind die in Satz 1 Nummer 1, 6 und 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge sowie die in Satz 1 Nummer 5 genannte Anzahl und die Ergebnisse der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b nicht zu übermitteln; für die Datenlieferung zum 30. April 2021 für das Jahr 2020 sind die in Satz 1 Nummer 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4

genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie den Konsequenzen, wenn Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Der Bericht hat insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationärer Eingriffe zu untersuchen. Für die Erstellung des Berichts haben die Vertragsparteien nach Satz 1 die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und nach § 275c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben gemeinsam zur Erstellung des Berichts fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen.

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:

1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
3. gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a,
4. Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz sowie nach § 33 Absatz 3 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes,
5. Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1),
6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2),
- 6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a,
7. Pflegezuschlag nach § 8 Absatz 10.

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Darüber hinaus werden der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet.

(2) Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ermittelt:

1. Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert;
2. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2; die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen;
3. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5, 6 und 6a; die Entgelte sind in der nach den §§ 6 und 6a krankenhausesindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;
4. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4; die Zu- und Abschläge werden krankenhausesindividuell vereinbart. Die auf der Bundesebene vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind anzuwenden.

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegegesetzverordnung - BPFIV)

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus oder durch das Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören

1. eine Dialyse,
2. bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen.

(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.