

Tarif SP-B

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten von Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung von beihilfeberechtigten Personen nach dem Tarif SP-B

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.07.2018

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

c) Leistungspflicht bei Kriegereignissen

Als Kriegereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

d) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

e) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfavorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes, Heilfürsorge oder unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben sowie deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige (Ehegatten, eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder).

3. Versicherung nach dem Tarif SP2-B

Die Versicherung ist je nach Beihilfeanspruch nach folgenden Tarifstufen zu vereinbaren (Zahl hinter dem Schrägstrich = vereinbarter Erstattungsprozentsatz):

SP2-B/5	SP2-B/40	SP2-B/70
SP2-B/10	SP2-B/45	SP2-B/75
SP2-B/15	SP2-B/50	SP2-B/80
SP2-B/20	SP2-B/50S	SP2-B/85
SP2-B/25	SP2-B/55	SP2-B/90
SP2-B/30	SP2-B/60	SP2-B/95
SP2-B/35	SP2-B/65	SP2-B/100

Die Wahl der Tarifstufe SP2-B/50S setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Nach der Tarifstufe SP2-B/50S beträgt der Erstattungsprozentsatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50 %. Mit Eintritt des Versorgungsfalles wird der Versicherungsschutz in die Tarifstufe SP2-B/30 umgestellt.

Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufe und der Beihilfebemessungssatz für Wahlleistungen (Unterkunft / privatärztliche Behandlung) müssen bei Versicherungsbeginn zusammengerechnet 100 % ergeben.

4. Versicherung nach dem Tarif SP1Z-B

Die Versicherung nach Tarif SP1Z-B kann nur zusammen mit dem Tarif SP2-B bestehen.

5. Anpassung des Versicherungsschutzes

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch auf Wahlleistungen (Unterkunft / privatärztliche Behandlung), wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz entsprechend angepasst. Der Zeitpunkt und die Gründe für die Änderung oder den Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

a) Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten erhöht, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Verminderung oder dem Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe gestellt wird und die Erhöhung des Versicherungsschutzes nicht umfassender ist als der wegfallende Teil der Beihilfe. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) werden angewendet. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes kann ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten nur zum 1. des Monats, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe vermindert oder der Anspruch auf Beihilfe entfällt, beantragt werden.

b) Verminderung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird zum 1. des Monats vermindert, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe erhöht. Voraussetzung ist, dass die Anzeige innerhalb von sechs Monaten nach der Erhöhung des Anspruchs auf Beihilfe bei dem Versicherer eingeht. Erfolgt die Anzeige nach Ablauf der sechs Monate, wird die Verminderung des Versicherungsschutzes zum 1. des Monats wirksam, der auf die Anzeige beim Versicherer folgt. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, wenn der Versicherer auf sonstige Weise Kenntnis von der Erhöhung erlangt.

Die Leistungen werden auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung des Versicherungsschutzes an mit dem neu vereinbarten Erstattungsprozentsatz erbracht.

6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

7. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

8. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

9. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

10. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

11. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfällt. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

I. Leistungsumfang

a) Erstattet werden nach Tarif **SP2-B** mit dem aus der vereinbarten Tarifstufe ersichtlichen Erstattungsprozentsatz die Kosten für

1. die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer (bei Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer die Kosten der gesondert berechenbaren Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer),
2. privatärztliche Behandlungen,
3. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen.

Zusätzlich sind – mit Ausnahme von tageweise berechneten Eigenbeteiligungen der Beihilfe – die verbleibenden Kosten für privatärztliche Behandlungen nach Abs. III 2 erstattungsfähig, die durch den Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach diesem Tarif erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz des Beihilfebemessungssatzes erstattet.

b) Erstattet wird nach Tarif **SP1Z-B** zu 100 % die Differenz zwischen den Kosten für die Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer und den Kosten für die Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

II. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Verzichtet der Versicherungsnehmer für die gesamte Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes auf Kostenerstattung für vereinbarte Wahlleistungen (Unterkunft / privatärztliche Behandlung), wird je Tag – nach Tarif SP2-B mit dem vereinbarten Prozentsatz – ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationäre Tage.

Versichert nach Tarif	SP2-B	SP1Z-B
Verzicht auf Kostenerstattung für		
das Ein-Bett-Zimmer	———	20,- Euro
das Zwei-Bett-Zimmer	20,- Euro	———
die privatärztliche Behandlung	50,- Euro	———

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen nach Abs. I gegenüber anderen Kostenträgern oder weiteren Krankheitskostenversicherungen bei dem Versicherer, handelt es sich um eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme nach Abs. III 3 oder werden für die tariflich vereinbarte Unterkunft vom Krankenhaus keine zusätzlichen Entgelte erhoben, entfällt insoweit eine Zahlung des Ersatz-Krankenhaustagegeldes.

III. Erläuterungen

1. Gesondert berechnete Unterkunft

Erstattungsfähig nach Tarif SP2-B sind die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer. Nach Tarif SP1Z-B ist die Differenz zwischen den Kosten für die Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer und den Kosten für die Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer erstattungsfähig.

Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind.

Erstattungsfähig im zuvor nach Absatz 1 und 2 dargestellten Rahmen sind auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet und werden höhere als die versicherten Leistungen in Anspruch genommen, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

2. Privatärztliche Behandlungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung. Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

3. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original oder als Duplikat vorgelegt werden.

Die Höhe der Leistung anderer leistungspflichtiger Kostenträger muss durch diese bestätigt sein.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherer kann einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes verlangen.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.