

Tarif bKV-K, ZbKV-K und ZbKVA-K Krankheitskosten-Zusatzversicherung

Fassung Januar 2024

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-K, ZbKV-K und ZbKVA-K

Leistungen im Krankenhaus

100% Kostenerstattung für

- ein Einbettzimmer (Tarifstufe I) oder ein Zweibettzimmer (Tarifstufe II)
- privatärztliche Behandlung
- eine ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- eine Begleitperson bei Kindern
- Krankentransporte
- Zusätzlich im Tarif bKV-K (Tarifstufe II): ambulante Operationen im Krankenhaus bei Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse (GKV)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt für die Gruppenversicherung nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen TB/KK 2013) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie in den Tarifen bKV/Gruppe in Verbindung mit den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen und in den Tarifen ZbKV/Gruppe mit den Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen. Für die Einzelversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Zusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen der Einzelversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung

1.1 Tarif bKV-K/Gruppe

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-K-Mitarbeiter).

1.2 Tarif ZbKV-K/Gruppe

Versicherungsfähig sind - soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar –

a) Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Kinder eines bKV-K-Mitarbeiters

solange der bKV-K-Mitarbeiter nach Tarif bKV-K versichert ist,

b) Mitarbeiter/innen die nicht in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung versicherbar sind und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Kinder,

c) Rentner und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Kinder.

d) Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Kinder.

1.3 Tarif ZbKVA-K/Gruppe

Versicherungsfähig sind - soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar -

- a) Personen, die in den Tarifen bKV-K oder ZbKV-K versichert sind, sofern sie gleichzeitig mit Tarif ZbKVA-K die „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ versichern,
- b) Personen, die eine Altersrente beziehen und im unmittelbaren Anschluss an eine Versicherung in den Tarifen bKV-K oder ZbKV-K in den Tarif ZbKVA-K wechseln,
- c) Personen, die keine Anwartschaften auf eine Altersrente erworben, jedoch das gesetzliche Rentenalter erreicht haben und im unmittelbaren Anschluss an eine Versicherung in den Tarifen bKV-K oder ZbKV-K in den Tarif ZbKVA-K wechseln.

2. Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung

2.1 Tarif ZbKV-K

Versicherungsfähig sind alle Personen, die im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungsfähigkeit nach 1.1 oder 1.2 ihr Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung in Anspruch nehmen.

2.2 Tarif ZbKVA-K

Für die Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung gilt 1.3 a) bis c) entsprechend.

II. Versicherungsleistungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf

- stationäre Heilbehandlungen
- sowie im Tarif bKV-K (Tarifstufe II) zusätzlich auch auf ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus (vgl. Abschnitt 6. des Tarifs)

in der Bundesrepublik Deutschland

Die Versicherungsleistungen werden erbracht, sofern sie nicht aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden können. Leistungen die andere

Kostenträger zu erbringen haben, sind zunächst in voller Höhe in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen (Subsidiarität).

Der Versicherer leistet

- bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien,
- bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen,
- bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Schwangerschaft und Entbindung,
- im Tarif bKV-K (Tarifstufe II) für medizinisch notwendige ambulante Operationen oder sonstige stationersetzende Eingriffe in einem Krankenhaus sowie zugehörigen Vor- und Nachuntersuchungen bei Vorleistung der GKV.

Bestehende Selbstbehalte in der PKV sind nicht erstattungsfähig.

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

1.1 Wahlleistungen

1.1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflege-satzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (angemessener Zuschlag zum Pflegesatz einschließlich Telefonbereitstellungs-, Radio- und Fernsehanschlussgebühren) und die Kosten für die gesondert vereinbarte und berechenbare privatärztliche Behandlung.

1.1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflege-satzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für Ein- oder Zweibettzimmer und die Kosten für die gesondert vereinbarte und berechenbare privatärztliche Behandlung.

Unterscheidet ein Krankenhaus nach Pflegeklassen, so gilt für die nachstehenden Leistungsaussagen die 1. Pflegeklasse als Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse als Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse als Mehrbettzimmer.

1.2. Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

2. Erstattet werden

100% der nach Vorleistung der GKV oder PKV verbleibenden erstattungsfähigen Kosten, und zwar in

Tarifstufe I

- bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer.

Tarifstufe II

- bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer,
- bei Aufenthalt im Einbettzimmer beschränkt auf die Kosten, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

2.1 Verbleibende Restkosten bei den Allgemeinen Krankenhausleistungen

Hat die GKV oder PKV die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht in voller Höhe erbracht, so werden auch die verbleibenden Kosten – mit Ausnahme bei der GKV oder PKV bestehender Selbstbehalte – zu 100% erstattet.

2.1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme sowie des -entbindungspflegers.

2.1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.

Hat die GKV oder PKV keine Leistungen erbracht, so werden Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Kann die Höhe der Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

3. Zusatzleistungen für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen als Privatpatient

Erstattet werden 100% der ärztlichen Kosten der ambulant unmittelbar vor bzw. nach einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten einmaligen Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt. Dabei sind die Leistungen der GKV oder PKV zunächst in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen.

4. Krankenhaustagegeld

Die versicherte Person erhält für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von:

Versicherte Unterkunft	in Anspruch genommene Unterkunft	Krankenhaustagegeld	
		mit privatärztliche Behandlung	ohne
Einbettzimmer (Tarifstufe I)	Einbettzimmer	-	25,- €
	Zweibettzimmer	20,- €	45,- €
	Mehrbettzimmer	35,- €	60,- €
Zweibettzimmer (Tarifstufe II)	Einbettzimmer	-	25,- €
	Zweibettzimmer	-	25,- €
	Mehrbettzimmer	15,- €	40,- €

Bei vor- und nachstationärer, teilstationärer Heilbehandlung, sowie ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

5. Kosten für eine Begleitperson bei Kindern

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson erstattet.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitper-

son sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

6. Ambulante Operationen nur im Tarif bKV-K (Tarifstufe II)

6.1 Ambulante Operation

Lässt sich die versicherte Person ambulant operieren, werden 100% der verbleibenden Kosten für die privatärztliche Behandlung erstattet.

Erstattet werden auch die verbleibenden Kosten für

- die mit der ambulanten Operation zusammenhängenden Kosten für anästhesiologische Leistungen und
- Leistungen, die im direkten medizinischen Zusammenhang mit der ambulanten Operation erforderlich sind. Dazu gehören z.B. Laboruntersuchungen, radiologische, histologische und pathologische Leistungen.

Die Erstattung setzt voraus, dass

- die ambulante Operation im Krankenhaus von einem dort tätigen Arzt, Krankenhaus- oder Belegarzt durchgeführt wird,
- es sich um eine ambulant durchführbare Operation oder einen sonstigen stationersetzenden Eingriff handelt, die im jeweils geltenden Katalog nach § 115b SGB V genannt sind und
- die GKV eine Vorleistung erbringt.

6.2 Ambulante Vor- und Nachuntersuchung

Erstattet werden 100% der verbleibenden Kosten für eine einmalige ambulante Voruntersuchung im Krankenhaus, wenn

- diese wegen der ambulanten Operation erfolgt und
- maximal 4 Wochen vor der ambulanten Operation erfolgt und
- die GKV eine Vorleistung erbringt.

Erstattet werden 100% der verbleibenden Kosten für ambulante Nachuntersuchungen im Krankenhaus, wenn

- diese wegen der ambulanten Operation erfolgen,

- notwendig sind, um den Erfolg der ambulanten Operation zu sichern,
- innerhalb von 2 Wochen nach der Operation erfolgen und
- die GKV eine Vorleistung erbringt.

Erbringt die GKV keine Vorleistung für die ambulante Operation wird auch für die Vor- und Nachuntersuchungen nicht geleistet.

6.3 Regelmäßige Nachweise

Um leisten zu können, werden stets folgende Informationen benötigt:

- alle Rechnungen,
- Nachweis über die Vorleistung der GKV,
- den Namen und Ort des Krankenhauses, in dem die ambulante Operation stattfand und
- ärztliche Unterlagen, aus denen sich die jeweiligen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ergeben.

6.4 Zahnärztliche Behandlungen

Die Kosten für zahnärztliche Behandlungen werden nicht erstattet.

Anhang – Hinweis zu den Gesetzen

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) [SGB V]

Katalog nach § 115b SGB V

Gemäß § 115b SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog. In diesem sind alle Operationen genannt, die ambulant im Krankenhaus zu Lasten der GKV durchgeführt werden dürfen. Dies schließt auch die Operationen ein, durch die ein stationärer Aufenthalt ersetzt werden kann.

Dazu gehören z.B. Operationen bei Leisten- oder Nabelbrüchen, arthroskopische Eingriffe an Knie oder Schulter oder die Entfernung von Krampfadern.