



Tarif ZSW

Mannheimer Bedingungen
2009 für die Krankenhaus-
kostenzusatzversicherung
nach Tarif ZSW
(Mannheimer VB 2009
Krankenhauskostenzusatz ZSW)

Stand: 01.01.2010

Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankenhauskostenzusatzversicherung nach Tarif ZSW
(Mannheimer VB 2009 Krankenhauskostenzusatz ZSW)

§ 1	Gegenstand der Versicherung	3
§ 2	Versicherte Personen	3
§ 3	Örtlicher Geltungsbereich	3
§ 4	Versicherungsfall	3
§ 5	Versicherte Behandlungsmethoden	3
§ 6	Versicherungsleistungen	4
§ 7	Versicherte Aufwendungen	4
§ 8	Ambulante Operationen; Genesungsgeld	5
§ 9	Einschränkung der Leistungspflicht	6
§ 10	Auszahlung der Versicherungsleistungen	6
§ 11	Ende des Versicherungsverhältnisses	6
§ 12	Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankenhauskostenzusatzversicherung nach Tarif ZSW und Allgemeine Bedingungen 2009 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG	6

Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankenhauskostenzusatzversicherung nach Tarif ZSW (Mannheimer VB 2009 Krankenhauskostenzusatz ZSW)

§ 1 Gegenstand der Versicherung

Die Krankenhauskostenzusatzversicherung nach Tarif ZSW ist eine Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV). Der Versicherer ersetzt im Versicherungsfall im vereinbarten Umfang Aufwendungen für

- stationäre Behandlung
- vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus
- ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung.

Der Versicherer ersetzt ferner Aufwendungen für ambulante Operationen und zahlt ein Genesungsgeld bei bestimmten ambulant im Krankenhaus durchgeführten Operationen.

§ 2 Versicherte Personen

Versichert werden als Versicherungsnehmer Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft in der GKV versichert sind sowie über den Versicherungsnehmer Personen, die im Rahmen der Familienversicherung mit ihm in der GKV versichert sind.

§ 3 Örtlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 4 Versicherungsfall

1. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, tritt ein neuer Versicherungsfall ein.
2. Versicherungsfall ist auch
 - a) die stationäre Untersuchung und die medizinisch notwendige stationäre Behandlung wegen Schwangerschaft sowie die stationäre Entbindung,
 - b) der stationär durchgeführte Schwangerschaftsabbruch, dessen Rechtmäßigkeit den gesetzlichen Vorschriften entsprechend festgestellt ist,
 - c) die aus medizinischen Gründen stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchung,
 - d) die ambulant durchgeführte Operation,
 - e) die ambulant im Krankenhaus durchgeführte Operation.

Nr. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

§ 5 Versicherte Behandlungsmethoden

1. Der Versicherer ersetzt im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für Behandlungen nach Methoden der Schulmedizin und für Behandlungen nach Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen.
2. Als in der Praxis ebenso erfolgversprechend bewährt gelten die im Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker genannten Methoden und insbesondere die nachstehend genannten Methoden der biologischen Medizin:
 - a) Anthroposophische Medizin,
 - b) Antihomotoxische Medizin,
 - c) Ayurveda (mit Ausnahme der Transzendentalen Meditation),
 - d) Bioenergetische Medizin und Regulationsmedizin: Akupunktur, Akupressur, Bioelektrische Funktionsdiagnostik (BFD), Elektroneuraltherapie (ENTH), Bioresonanztherapie, Elektroakupunktur (EAV, EAP-Varianten), Lasertherapie, Applied Kinesiology, Magnetfeldtherapie, Neuraltherapie, Regulationstherapien (Grundregulation, Thermographie), Shiatsu, Traditionelle Chinesische Medizin,
 - e) Homöopathie,
 - f) Mikroökologische Medizin: Elementar-Therapie, Mikrobiologische Therapie, Orthomolekulare Therapie,
 - g) Organotherapie: Enzymtherapie, Thymustherapie, Zelltherapie,
 - h) Physikalische Verfahren und Konditionierungsverfahren: Bewegungstherapien (Krankengymnastik), Dermapunktur, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Lichttherapie, Sprachtherapie, Thermotherapie,
 - i) Phytotherapie,
 - j) Sauerstofftherapien: Hämatogene Oxidationstherapie, Oxivenierungstherapie, Ozontherapie, Sauerstoffbeatmung, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie.

§ 6 Versicherungsleistungen

Die Tabelle in § 7 führt auf, welche Aufwendungen und in welchem Umfang sie versichert sind. Der Ersatz der versicherten Aufwendungen hängt im Einzelfall davon ab, ob und in welchem Umfang die GKV Leistungen erbringt. § 8 regelt die ambulanten Operationen und das bei ambulant im Krankenhaus durchgeführten Operationen versicherte Genesungsgeld. Unter bestimmten Umständen, die in den § 7 und § 8 noch nicht berücksichtigt sind, schränkt § 9 die Leistungspflicht für die Aufwendungen und das Genesungsgeld ein.

§ 7 Versicherte Aufwendungen

Tabelle nach § 6:

Nr.	Versicherte Aufwendungen	ZSW Prozentsatz / Betrag	ZSW Zweibett Prozentsatz / Betrag
1.	<p>Stationäre Behandlung</p> <p>Der versicherten Person steht in Deutschland und im Ausland die Wahl frei unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.</p> <p>Krankenanstalten, die die Voraussetzungen des Abs. 1 erfüllen, zusätzlich aber auch Kurzbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, können in Anspruch genommen werden, wenn der Versicherer dem vor der Behandlung schriftlich zugestimmt hat (Leistungszusage). Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern; b) es sich um eine Notfalleinweisung handelt; c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert; d) sich innerhalb von drei Monaten nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung); e) bei TBC-Erkrankungen eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung in einer TBC-Heilstätte erfolgt. 		
1.1	<p>Allgemeine Krankenhausleistungen</p> <p>Hat die GKV die Aufwendungen für die Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse des Krankenhauses nicht in voller Höhe ersetzt, werden die verbleibenden Aufwendungen mit Ausnahme der bei der GKV bestehenden Selbstbehalte ersetzt. Hat die GKV keine Leistungen erbracht, werden Aufwendungen nicht ersetzt.</p> <p>Aufwendungen für die Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse des Krankenhauses sind insbesondere Krankenhauskosten (Unterbringung, Pflege und Verpflegung), Krankenhausnebenkosten, Behandlungskosten sowie die Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspfleger.</p> <p>Kann die Höhe der Aufwendungen für die Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse des Krankenhauses nicht nachgewiesen werden, gelten die Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.</p>	100%	100%

[illegible]

§ 8 Ambulante Operationen; Genesungsgeld

§ 9 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht für

- a) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eingetreten sind oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind; diese Leistungseinschränkung gilt jedoch nicht, wenn die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat;
- c) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- d) Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und andere Behandler sowie in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten ist, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- e) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- f) Behandlungen durch liquidationsberechtigte Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), Eltern oder Kinder. Sachaufwendungen werden wie vereinbart ersetzt;
- g) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

4. Besteht Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ersetzt der Versicherer nur die durch diese gesetzlichen Leistungen nicht abgegoltenen Aufwendungen.

§ 10 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Für die Auszahlung der Versicherungsleistungen gilt § 13 Mannheimer AB-Kranken 2009.

2. Als Nachweise sind die Rechnungen und sonstigen Belege im Original vorzulegen. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, genügen Duplikate, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Die Leistungen der GKV sind nachzuweisen.

3. Rechnungen über Behandlungen müssen enthalten

- den Namen der behandelten Person,
- die Bezeichnung der Krankheit,
- den Aufnahme- und Entlassungstag sowie die Pflegeklasse und die Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus,
- die Leistungen des Behandlers mit den Ziffern der Gebührenordnung und dem jeweiligen Behandlungsdatum.

4. Zu Rechnungen über Arznei-, Verband- und Heilmittel sind auch die Verordnungen und Rechnungen des verordnenden Behandlers vorzulegen.

5. Wird Ersatz von Aufwendungen wegen Todes geltend gemacht, sind zusätzlich zu den Rechnungen eine amtliche Sterbeurkunde und ein ärztliches Attest über die Todesursache vorzulegen.

§ 11 Ende des Versicherungsverhältnisses

Mit Ablauf des Monats, in dem ihre Versicherung in der GKV endet, endet die Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person.

§ 12 Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankenhauskostenzusatzversicherung nach Tarif ZSW und Allgemeine Bedingungen 2009 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG

Die Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankenhauskostenzusatzversicherung nach Tarif ZSW (Mannheimer VB 2009 Krankenhauskostenzusatz ZSW) werden ergänzt durch die Allgemeinen Bedingungen 2009 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG (Mannheimer AB-Kranken 2009) und gelten nur in Verbindung mit ihnen.