

FAQ zur neuen Tarifserie MeinKrankenhausschutz

Inhalt

1. Anzahl und Einführungsdaten	2
2. Allgemeine Produktbeschreibung	4
3. Detaillierte Produktbeschreibung	6
3.1 Stationär/Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern	6
3.2 Stationär/Ersatz-Krankenhaustagegeld (EKHT)	7
3.3 Stationär/Behandlung in Privatkliniken – nur in Best versichert	8
3.4 Stationär/ AHB/Sonstige Reha und Kuren	9
3.5 Stationär/Ambulante Operationen im Krankenhaus	11
3.6 Stationär/Krankentransporte/Wunschverlegung – nur im Best	11
3.7 Stationär/Stationäre Wahlleistung - Arzt	12
3.8 Stationär/Haushaltshilfe	13
3.9 Stationär/Schwangerschaft und Entbindung	13
3.10 Übergreifende Leistungen/Auslandsschutz/Grenzgänger	14
3.11 Übergreifende Leistungen/Anwartschaftsversicherung/Gruppenversicherung	15
4. Die neuen AVB (B5)	16
4.1 Aufbau und Inhalt	16
5. Risikoprüfung	16
5.1 Gesundheitsfragen	16
5.2 Risikoprüfung bei Tarifwechseln	17

1. Anzahl und Einführungsdaten

1	Wie viele Tarife werden zum 01.10.2026 eingeführt?	Es werden 6 Tarife in drei Leistungsstufen (Smart, Plus und Best) eingeführt. Jeweils mit Alterungsrückstellungen (KHS03AR, KHP03AR und KHB03AR) sowie ohne Alterungsrückstellungen (KHS03, KHP03 und KHB03).
2	Welcher Versicherungsbeginn ist der erstmögliche?	Der erstmögliche Versicherungsbeginn ist der 01.10.2026.
3	Ab wann können Anträge eingereicht werden?	Eine Antragstellung über Arkade ist ab dem 22.09.2026 möglich. PDF Anträge dürfen auch erst ab dem 21.09.2026 aufgenommen werden. Anträge, die vor dem 21.09.2026 auf dem BG eingehen, werden abgelehnt, weil sie technisch nicht verarbeitet werden können.
4	Können Kunden, die kurz vorher eine stationäre Zusatzversicherung abgeschlossen haben, auch in die neuen Tarife wechseln?	Ja, für diese Kunden wird es ein Wechselfenster geben, in dem sie ohne Risikoprüfung in die neuen Tarife wechseln können. Bestehende Leistungsausschlüsse werden in die Zieltarife übernommen und evtl. Risikozuschläge auf das Niveau der neuen Tarife umgerechnet.
5	Für welche Kunden gilt das Wechselfenster?	Das Wechselfenster gilt für folgende Versicherte: - Versicherungsbeginn 01.07.2026 oder später - Tarife KHP02, KHB02, KHPOPT02 und AOPKH02 - die Option aus dem KHPOPT02 entfällt dabei - für den KHU02 gilt das Wechselfenster nicht
6	In welchem Zeitraum muss die Option aus dem Wechselfenster beantragt werden?	Der Tarifwechsel in die MeinKrankenhausschutz-Tarife muss bis spätestens zum 31.12.2026 beantragt werden. Hierzu reicht auch ein unterschriebener Bestandsvorschlag oder eine Willenserklärung.
7	In welche Tarife kann im Rahmen des Wechselfensters gewechselt werden?	Wenn die Bedingungen erfüllt sind, kann in jeden Tarif der MeinKrankenhausschutz-Serie gewechselt werden.
8	Bis zu welchem Alter können die Tarife abgeschlossen werden?	Die Tarife mit Alterungsrückstellungen sind bis zum vollendeten 65. Lebensjahr abschließbar und die Tarife ohne Alterungsrückstellungen bis zum vollendeten 41. Lebensjahr.

9	Können die Tarife ohne Alterungsrückstellungen dauerhaft versichert werden?	Nein. Das versicherungsmedizinische Risiko steigt mit zunehmenden Alter deutlich an. Das würde dazu führen, dass die Tarife im höheren Alter sehr teuer würden und vielleicht von manchen Kunden finanziell nicht mehr tragbar wären, genau in einem Alter, in dem man die tarifliche Leistungen benötigt. Daher wird nach dem 45. Geburtstag auf Tarife mit Alterungsrückstellungen umgestellt.
10	Wie ist die Beitragsentwicklung in den Tarifen ohne Alterungsrückstellungen?	Die Beiträge steigen zum 16. Geburtstag (von Kinder- auf Jugendbeiträge), zum 21. Geburtstag (von Jugend- auf Erwachsenenbeiträge), zum 31. Geburtstag und zum 45. Geburtstag (durch Umstellung auf Tarife mit Alterungsrückstellungen).
11	In welchen Tarifen können Kinder/Jugendliche abgesichert werden?	Da für Kinder/Jugendliche keine Alterungsrückstellungen gebildet werden, sind diese auch nur in den Tarifen ohne Alterungsrückstellung versicherbar (KHS03, KHP03, KHB03). Mit dem 21. Geburtstag wird der Beitrag angehoben und der Kunde angeschrieben. Dann kann auch ein Wechsel in die Tarife mit Alterungsrückstellungen erfolgen. Bleibt man im gleichen Niveau (oder niedriger) so wird dafür auch keine Risikoprüfung notwendig.
12	Ist im Rahmen der Produktlinie „MeinKrankenhaussschutz“ die Einführung weiterer Tarife geplant?	Nein, weitere Tarife sind aktuell nicht geplant.
13	Werden die bisherigen stationären ZV-Tarife geschlossen?	Ja, zum 31.12.2026 werden folgende Tarife für das Neugeschäft geschlossen: • KHP02 • KHB02 • KHU02 • KHPOPT02 • AOPKH02 Für Tarifwechsel im Bestand sowie Kindernachversicherungen bleiben sie weiterhin geöffnet. Alle bis zum 31.12.2026 eingehenden Anträge werden berücksichtigt, Anträge auf die alten Tarife, die nach dem 31.12.2026 eingehen, werden mit Hinweis auf die neuen Tarife abgelehnt.

14	In welche Tarife kann eine Kindernachversicherung (KNV) erfolgen?	Es gelten die beiden Grundsätze: - immer in Unisex - wenn möglich in der gleichen Tarifserie Zusätzlich ist in den AVB geregelt, dass „...der Versicherungsschutz des Kindes nicht höher oder umfassender sein (darf) als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.“ Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ergeben sich folgende Tarife für die KNV: <table><tr><th>Tarif Eltern</th><th>Tarif KNV</th></tr><tr><td>729</td><td>KHS03</td></tr><tr><td>729E</td><td>KHS03</td></tr><tr><td>729PRO</td><td>KHPOPT02/KHS03</td></tr><tr><td>721</td><td>KHP03/KHS03</td></tr><tr><td>KHP02</td><td>KHP02</td></tr><tr><td>KHB02</td><td>KHB02</td></tr><tr><td>KHU02</td><td>KHU02</td></tr><tr><td>KHPOPT02</td><td>KHPOPT02/KHP02</td></tr><tr><td>KHS03(AR)</td><td>KHS03</td></tr><tr><td>KHP03(AR)</td><td>KHP03</td></tr><tr><td>KHB03(AR)</td><td>KHB03</td></tr></table>	Tarif Eltern	Tarif KNV	729	KHS03	729E	KHS03	729PRO	KHPOPT02/KHS03	721	KHP03/KHS03	KHP02	KHP02	KHB02	KHB02	KHU02	KHU02	KHPOPT02	KHPOPT02/KHP02	KHS03(AR)	KHS03	KHP03(AR)	KHP03	KHB03(AR)	KHB03
Tarif Eltern	Tarif KNV																									
729	KHS03																									
729E	KHS03																									
729PRO	KHPOPT02/KHS03																									
721	KHP03/KHS03																									
KHP02	KHP02																									
KHB02	KHB02																									
KHU02	KHU02																									
KHPOPT02	KHPOPT02/KHP02																									
KHS03(AR)	KHS03																									
KHP03(AR)	KHP03																									
KHB03(AR)	KHB03																									
15	Haben die neuen MeinKrankenhauschutz-Tarife eine Mindestversicherungsdauer?	Nein																								
16	Welche Kündigungsfristen gibt es?	Grundsätzlich kann zu jedem Monatsende gekündigt werden. Sobald wir die Kündigung eines Kunden erhalten, endet der Vertrag zum Ende des darauffolgenden Monats.																								

2. Allgemeine Produktbeschreibung

17	Warum werden neue stationäre ZV-Tarife eingeführt?	Der ZV-Markt hat sich weiterentwickelt und Mitbewerber bieten Tarife mit Leistungen an, die in den KHx02-Tarifen nicht enthalten sind, z.B. die ambulante OP im Krankenhaus. Zudem möchten wir ein systematisches Produktportfolio anbieten. So haben bisher z.B. Tarife ohne Alterungsrückstellungen gefehlt, die gerade für jüngere Versicherte mit noch geringem Einkommen eine gute Möglichkeit sind, hochwertigen Versicherungsschutz zu erlangen.
----	--	---

18	Was ist die Philosophie der neuen Tarife?	Die Tarife sind modern und innovativ bzgl. ihrer Leistungen. Im Smart-Tarif können Kunden die wichtigsten Basisleistungen (2-Bettzimmer/Chefarzt) ohne Schnickschnack absichern. Im Plus-Tarif erhalten sie ein faires Preis-/Leistungsverhältnis Im Best-Tarif können sich Kunden im Krankenhaus vollständig wie ein Privatpatient fühlen, inkl. Leistungen für Privatkliniken.
19	Welche Kundengruppen werden mit den Tarifen angesprochen?	<u>Smart</u>: preissensitive Kunden, welche die wesentlichen Leistungen abgesichert haben wollen. <u>Plus</u>: Kunden, welche ein ausgewogenes Preis-/Leistungsverhältnis suchen <u>Best</u>: Kunden die im Krankenhaus voll und ganz Privatpatient sein wollen.
20	Was sind die <u>wesentlichen</u> Leistungen der drei Absicherungsniveaus Smart, Plus und Best?	<u>Smart</u>: - Zweibettzimmer und Chefarzt - ambulante Operationen - Versicherungsschutz nur in EU/EWR <u>Plus</u>: - Einbettzimmer und Chefarzt - ambulante Operationen - Versicherungsschutz weltweit (2 Monate) - Ersatz-Krankenhaustagegeld - Leistungen für Haushaltshilfe <u>Best</u>: - Einbettzimmer und Chefarzt - ambulante Operationen - Versicherungsschutz weltweit (2 Monate) - Ersatz-Krankenhaustagegeld - Leistungen für Haushaltshilfe (höher als Plus) - Stationäre Rehamaßnahmen / Kuren - Privatkliniken - Gesetzliche Zuzahlungen im KH

21	Sind die neuen Tarife billiger?	Die Tarife ohne Alterungsrückstellungen sind günstiger als die bisherigen Tarife, steigen aber im Beitrag je nach Alter an. Bei den Tarifen mit Alterungsrückstellungen ergibt sich ein gemischtes Bild: Der neue Smart-Tarif ist günstiger als der bisherige Plus-Tarif. Der neue Plus-Tarif ist teurer als der bisherige Plus-Tarif, aber mit besseren Leistungen. Der neue Best-Tarif ist teurer als der bisherige Best-Tarif, aber mit besseren Leistungen.
22	Kann zu den MeinKrankenhausschutz-Tarifen auch MeineBeitragsentlastung oder die V-Variante abgeschlossen werden?	Nein, der Tarif MeineBeitragsentlastung oder die V-Variante können nicht zu den MeinKrankenhausschutz-Tarifen abgeschlossen werden.
23	Werden im Falle einer Beitragsanpassung die Tarife mit und ohne Alterungsrückstellungen gleichermaßen angepasst?	Nein. Die Tarife mit und ohne Alterungsrückstellungen haben jeweils eigene auslösende Faktoren und können daher unabhängig voneinander angepasst werden.

3. Detaillierte Produktbeschreibung

3.1 Stationär/Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern

24	Welche wichtigsten Leistungen sind bei stationären Aufenthalten versichert?	Wir übernehmen im Tarif: <u>Smart</u> - gesondert berechnungsfähiges Zweibettzimmer. Wenn die Behandlung im Einbettzimmer erfolgt, zahlen wir den Betrag für das Zweibettzimmer <u>Plus</u> - gesondert berechnungsfähige Ein- oder Zweibettzimmer <u>Best</u> - gesondert berechnungsfähige Ein- oder Zweibettzimmer - Zuzahlungen gemäß § 61 SGBV In allen 3 Tarifniveaus sind folgende weitere Leistungen abgedeckt:
----	---	---

		• gesondert berechnungsfähige Chef- und Belegarztleistungen • besondere Verpflegung • Bettenfreihaltegebühr • Miete für Radio und TV, sowie Internet- und Telefonanschluss • Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (Rooming-In)
25	Unter welchen Voraussetzungen wird für Rooming-In gezahlt?	Wir übernehmen die Aufnahme und Verpflegung einer Begleitperson, die aus medizinischen Gründen bei der versicherten Person sein muss. Wenn die versicherte Person jünger als 16 Jahre alt ist, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson immer als medizinisch begründet.
26	Wie wird die medizinische Notwendigkeit bei Kindern > 16 Jahre geprüft?	Die Prüfung der med. Notwendigkeit erfolgt anhand objektiver Befunde und die Begründung muss durch das Krankenhaus erfolgen.
27	Werden die Leistungen des Rooming-In aus dem Tarif des Kindes oder des Angehörigen erstattet?	Wir erstatten die Leistung aus dem Tarif der Person, die behandelt wird.
28	Sind die ärztlichen Leistungen begrenzt?	Die Vergütung für ärztliche Leistungen muss nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten auch oberhalb der Höchstsätze dieser Gebührenordnung.

3.2 Stationär/Ersatz-Krankenhaustagegeld (EKHT)

29	Sind in allen 3 Tarifniveaus EKHT Leistungen vorgesehen?	Nein, EKHT Leistungen gibt es im Plus und Best, im Smart sind diese nicht enthalten.
30	Das EKHT gibt es nur, wenn der Versicherte auf Wahlleistungen verzichtet. Was heißt das?	Wenn der Kunde auf seine Wahlleistung Arzt bzw. die gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet, dann kann er stattdessen EKHT in Anspruch nehmen. Das heißt z.B. der Kunde liegt in einem Mehrbettzimmer, statt in einem gesondert berechnungsfähigen Ein- oder Zweibettzimmer, dann erhält der Kunde EKHT für die Unterbringung.
31	Erhält man ein EKHT, wenn man nur auf das Einbettzimmer verzichtet?	Die Tarife Plus & Best sehen Leistungen für Ein- bzw. Zweibettzimmer vor. Das heißt, der Kunde muss sowohl auf das gesondert berechnungsfähige Ein- als auch das Zweibettzimmer verzichten.

32	Sind EKHT Leistungen für alle Klinikarten (öffentliches Krankenhaus und auch Privatklinik) vorgesehen?	Nein, EKHT Leistungen können nur bei stationären Aufenthalten in öffentlichen Kliniken beansprucht werden.
----	--	--

3.3 Stationär/Behandlung in Privatkliniken – nur in Best versichert

33	Woran erkennt man Privatkliniken?	Privatkliniken unterliegen nicht dem Krankenhaus-Entgeltgesetz oder der Bundespflegesatz-Verordnung und sind somit in ihrer Preisgestaltung grundsätzlich frei. Privatkliniken informieren ihre Patienten über den Status als Privatklinik.
34	Was ist der Unterschied zwischen einer Akutbehandlung in einer Privatklinik zur Anschlussheilbehandlung in einer Privatklinik?	Beides unterliegt nicht den Abrechnungsbestimmungen des Krankenhaus-Entgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Aber es handelt sich um unterschiedliche Behandlungsformen mit unterschiedlichem Versicherungsschutz. Bei der Akutbehandlung in Privatkliniken erstatten wir aus dem Tarifniveau <u>Best</u> die Kosten für: • Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer. • Verpflegung und Krankenhaus-Pflege. • Arznei- und Heilmittel. • medizinisch begründete Nebenkosten. • Aufnahme und Verpflegung einer med. notwendigen Begleitperson (s.o.) • als Krankenhausleistungen berechnete Arztkosten. Wir übernehmen die Kosten bis zu: • 200% der allgemeinen Krankenhaus-Leistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung (etwa Uni-Klinik) verlangt hätte. Hierfür kommt es auf das Krankenhaus der Maximalversorgung an, das am nächsten zu Ihrem Wohnsitz liegt. Der Höchstbetrag gilt nicht bei Notfallbehandlung. Wir erstatten die Kosten für gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen. Die Vorleistung der Grundabsicherung wird abgezogen. Anschlussheilbehandlung (AHB) s.u.

35	Was muss der Kunde bei Privatkliniken beachten?	Eine vorherige schriftliche Zusagepflicht besteht nicht. Wir empfehlen dem Kunden aber, eine vorherige Kontaktaufnahme und Kostenklärung mit der Grundabsicherung, da wir deren Leistungen berücksichtigen.
36	Welche Leistungen werden in Privatkliniken erstattet?	Wir leisten bis zu 200% der Kosten, die im nächsten Krankenhaus der Maximalversorgung angefallen wären, das regulär nach Krankenhausentgeltgesetz abrechnet. D.h. es werden bis zu 200% der in den AVB aufgeführten Punkte erstattet. Das sind im Wesentlichen die entsprechende Fallpauschale (DRG) und das Zimmer. Die wahlärztliche Rechnung nach GOÄ fällt nicht unter diesen Deckel.
37	Sind die Höchstbeträge (bis 200% der allg. Krankenhaus-Leistungen) ausreichend? Verbleiben Restkosten bei den MeinKrankenhausschutz Best Tarif?	In vielen Fällen reichen die Höchstbeträge aus. Bei teuren Privatkliniken können jedoch Restkosten verbleiben. Es empfiehlt sich, vorab mit einem detaillierten Kostenvoranschlag und der Rückmeldung der Grundabsicherung nachzufragen.

3.4 Stationär/ AHB/Sonstige Reha und Kuren

38	Was ist eine Anschlussheilbehandlung (AHB)? Wie leisten die 3 Tarifniveaus für eine AHB?	Eine Anschluss-Heilbehandlung (AHB) ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (Reha). Diese muss zeitlich eng mit einer Akut-Behandlung im Krankenhaus zusammenhängen. Wenn die AHB innerhalb von 28 Tagen nach dem Krankenhaus-Aufenthalt durchgeführt wird, gehen wir von einem engen zeitlichen Zusammenhang aus. Beginnt die AHB später, prüfen wir den engen zeitlichen Zusammenhang anhand der Erkrankung oder Unfallfolge, wegen der Sie behandelt werden. Der Anspruch gegenüber der Grundabsicherung und anderen Leistungsträgern (etwa Renten- oder Unfallversicherung) geht unserer Erstattung vor. Wir übernehmen folgende Leistungen: <u>Smart</u> • gesondert berechnungsfähiges Zweibettzimmer <u>Plus</u> • gesondert berechnungsfähige Ein- oder Zweibettzimmer <u>Best</u> • gesondert berechnungsfähige Ein- oder Zweibettzimmer
----	--	---

		In allen 3 Tarifniveaus sind folgende weitere Leistungen abgedeckt: • gesondert berechnungsfähige Chef- und Belegarztleistungen • besondere Verpflegung • Miete für Radio und TV, sowie Internet- und Telefonanschluss • Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (Rooming-In) Wenn weder die Grundabsicherung noch ein anderer Leistungsträger vorleistet, erstatten wir im <u>Best</u> bis zu 150 Prozent der Kosten, welche die gesetzliche Krankenversicherung für die Reha-Einrichtung akzeptiert (§ 111 Absatz 5 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch), wenn die Einrichtung einen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger hat. Wenn die Reha-Einrichtung keinen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger hat, nehmen wir die Kosten der Reha-Einrichtung mit einem solchen Vertrag, die am nächsten zu Ihrem Wohnsitz liegt. Davon erstatten wir bis zu 150 Prozent der Kosten, welche die gesetzliche Krankenversicherung dafür akzeptiert.
39	Welche Leistungen gelten für Kur und Reha?	Wir zahlen im Tarif Best 50 Euro für jeden Tag des Aufenthalts in einer Kur- oder Reha-Einrichtung für bis zu 30 Tage, einmal innerhalb von 36 Monaten. Die Kur- oder Reha-Behandlung muss ärztlich verordnet sein. Wir zahlen nicht für: • Tage, die Sie vollständig außerhalb der Einrichtung verbringen (Beurlaubungstage). • eine Behandlung von weniger als 24 Stunden je Tag (ambulante, teil- oder tagesstationäre Behandlung). Wir zahlen jedoch für den Tag der Aufnahme. • die Dauer einer Anschlussheilbehandlung.

3.5 Stationär/Ambulante Operationen im Krankenhaus

40	Was sind ambulante Operationen im Krankenhaus?	Ambulante Operationen sind Eingriffe im Krankenhaus nach dem Katalog nach § 115b des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V). Dazu gehören etwa die Entfernung von Krampfadern oder Hämorrhoiden sowie arthroskopische Eingriffe am Knie. Die ambulante Operation muss von einem angestellten oder beamteten Arzt des Krankenhauses oder von einem Belegarzt durchgeführt werden.
41	Welche Leistungen sind in MeinKrankenhausschutz versichert?	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Leistungen. Das gilt für die Operation und damit zusammenhängende anästhesiologische Leistungen.
42	Sind auch ambulante Vor- und Nachuntersuchungen versichert?	Ja, • die einmalige ärztliche Voruntersuchung im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation. • ärztliche Nachuntersuchung bis zu 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach der ambulanten Operation. Die Vorleistung der Grundabsicherung wird berücksichtigt.

3.6 Stationär/Krankentransporte/Wunschverlegung – nur im Best

43	Sind Leistungen für Krankentransport und Wunschverlegung im MeinKrankenhausschutz enthalten?	Nur im Best sind folgende Leistungen enthalten. Wir erstatten 100% der Kosten abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung: Für medizinisch notwendige: • Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber. • Transporte durch Krankentransport-Unternehmen, wenn medizinisches Personal Sie begleiten muss. • Fahrten im Taxi, in öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug. Wir erstatten Kosten für Transporte und Fahrten zu jedem geeigneten Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt. Wenn das nächste geeignete Krankenhaus weiter weg ist, erstatten wir auch die Kosten dorthin. Bei Fahrten im privaten Fahrzeug erstatten wir 0,30 Euro je gefahrenen Kilometer.
----	--	---

		Zudem erstatten wir die Kosten für die Zuzahlung nach § 61 SGB V
44	Gibt es eine km Begrenzung zwischen Wohnort und Krankenhaus?	Ja, wir erstatten Kosten (abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung) für Transporte und Fahrten zu jedem geeigneten Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern – und die Rückfahrt. Wenn das nächste geeignete Krankenhaus weiter weg ist, erstatten wir auch die Kosten dorthin. Bei Fahrten im privaten Fahrzeug erstatten wir 0,30 Euro je gefahrenen Kilometer.
45	Ist auch eine Wunschverlegung abgedeckt?	Die Kosten für die Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands sind im Tarif Best beinhaltet. Voraussetzungen sind: • Sie werden nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage im Krankenhaus sein. • Der Verlegung stehen keine medizinischen Gründe entgegen. • Wir organisieren die Verlegung.

3.7 Stationär/Stationäre Wahlleistung - Arzt

46	Sind die ärztlichen Leistungen begrenzt?	Die Vergütung für wahlärztliche Leistungen („Chefarzt-Behandlung“) und sonstige Leistungen von im Krankenhaus angestellten Ärzten erstatten wir auch über den Höchstsatz der gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus. Wir erstatten jedoch keine unangemessen hohen Vergütungen. Das bedeutet, dass wenn der vom Arzt/ der Ärztin angesetzte Steigerungsfaktor nicht den Umfang und/oder die Komplexität der erbrachten Leistung abbildet, kann die Erstattung auf einen angemessenen Betrag reduziert werden. In solchen Fällen muss der Kunde jedoch immer vorab vom Arzt entsprechend aufgeklärt werden (auch darüber, dass eine Erstattung der Kosten durch die Krankenversicherung nicht sichergestellt ist) und eine gültige Honorarvereinbarung unterschreiben. In solchen Fällen empfiehlt es sich immer, vorab bei der APKV anzufragen, ob die Vergütung so akzeptiert wird.
----	--	---

3.8 Stationär/Haushaltshilfe

47	Welche Leistungen sind im MeinKrankenhausschutz vorgesehen?	<u>Smart</u> Haushaltshilfe nicht versichert <u>Plus</u> bis 50 EUR/ tägl. für 30 Tage im Kalenderjahr <u>Best</u> bis 100 EUR/ tgl. für 30 Tage im Kalenderjahr
48	Wie sind die Voraussetzungen?	Wir erstatten die Kosten für eine Haushaltshilfe bis zur oben genannten Höhe, wenn es Ihnen nicht möglich ist, Ihren Haushalt weiterzuführen wegen: • eines Krankenhaus-Aufenthalts. • eines Aufenthalts in einer Reha-Einrichtung (auch Anschluss-Heilbehandlung). • eines Kur-Aufenthalts. Dazu gehören auch Kuren für Mütter und Väter. • schwerer Krankheit und akuter Verschlimmerung einer Krankheit nach einem Krankenhaus-Aufenthalt. • einer ambulanten Operation im Krankenhaus. Verwandte oder verschwägte Angehörige bis zum zweiten Grad sind keine Haushaltshilfe. Die Voraussetzungen müssen alle erfüllt sein: • Keine andere Person im selben Haushalt kann diesen weiterführen. • Ihr Arzt hat bestätigt, dass es Ihnen aus den genannten Gründen nicht möglich ist, Ihren Haushalt weiterzuführen. • Sie haben die Grundabsicherung in Anspruch genommen, diese hat aber nicht vorgeleistet.

3.9 Stationär/Schwangerschaft und Entbindung

49	Welche Leistungen sind dafür im MeinKrankenhausschutz vorgesehen?	Wir zahlen die tariflichen Leistungen auch, wenn Sie wegen einer Schwangerschaft behandelt oder entbunden werden. Wir zahlen auch die Kosten für: • Unterkunft im Familienzimmer eines Krankenhauses (<u>Smart</u>: in Höhe des berechnungsfähigen Zweibettzimmers). • Leistungen von Beleg-Hebammen oder Beleg-Entbindungspflegern.
----	---	---

50	Sind auch Leistungen bei einer häuslichen Entbindung vorgesehen?	<u>Smart:</u> Nein <u>Plus:</u> Ja, 300 EUR <u>Best:</u> Ja, 600 EUR Die Beträge zahlen wir je Geburt, eine Mehrlingsgeburt gilt als eine Geburt. Beiden Voraussetzungen müssen erfüllt sein: • Sie werden zu Hause entbunden. • Sie müssen nicht innerhalb von 48 Stunden nach der Geburt im Krankenhaus behandelt werden. Das gilt nicht, wenn Sie wegen einer von der Geburt unabhängigen Erkrankung oder Unfallfolge ins Krankenhaus müssen.
----	--	--

3.10 Übergreifende Leistungen/Auslandsschutz/Grenzgänger

51	Wie lange besteht Versicherungsschutz im Ausland?	<u>Smart:</u> in EU/EWR zeitlich unbegrenzt. <u>Plus:</u> in ganz Europa zeitlich unbefristet, zusätzlich weltweit* (außereuropäisch) für zwei Monate. <u>Best:</u> in ganz Europa zeitlich unbefristet, zusätzlich weltweit* (außereuropäisch) für zwei Monate. *Keine Leistung, wenn die Behandlung der Zweck des Auslandsaufenthaltes ist.
52	Kann eine Verlängerung des Auslandschutzes für das Ausland erfolgen?	Grundsätzlich ja, das muss aber individuell mit der APKV vereinbart werden. Hintergrund dafür ist, dass der Tarif von seinen Leistungen eine Ergänzung zur Grundabsicherung darstellt, die es so weltweit nicht gibt. Auch kann es – je nach Reiseziel – notwendig sein nach 2 Monaten einen Geltungsbereichszuschlag zu vereinbaren, wenn die Kosten im Zielland teurer als in Deutschland ausfallen.
53	Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz im Ausland?	Wir erstatten bei stationären Behandlungen im Ausland die ortsüblichen Kosten für die Tarifleistungen. Es gelten keine deutschen Gebührensätze oder Begrenzungen auf die Höhe der Leistungen anderer Leistungsträger.
54	Sind Zusatzabsicherungen fürs Ausland sinnvoll?	Da in den MeinKrankenhauschutz-Tarifen nur das stationäre Risiko (als Zuzahlung zur Grundabsicherung) abgesichert ist, empfiehlt sich in jedem Fall der Abschluss einer privaten Auslandsabsicherung. Diese kann z.B. über AllianzPartners erfolgen.

55	Können sich Grenzgänger in den MeinKrankenhausschutz-Tarifen absichern?	Sofern der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland liegt, können auch Grenzgänger normal abgesichert werden. Generell wird nach den AVB in EU/EWR (Smart) bzw. Europa (Plus/Best) geleistet. Liegt nur ein Wohnsitz im Ausland vor, können die Tarife aus aufsichtsrechtlichen Gründen nicht abgeschlossen werden (dies gilt ganz generell für Tarife der APKV).
56	Was passiert bei einem Verzug ins Ausland?	Bei einem Verzug innerhalb EU/EWR kann der Versicherungsschutz nach unseren AVB zeitlich unbefristet bestehen bleiben. Ob das jedoch sinnvoll ist, muss individuell geprüft werden, da die Tarife als Ergänzung zu einer Grundabsicherung konzipiert wurden. Es ist daher nicht auszuschließen, dass Kunden bei Krankenhausaufenthalten im Ausland auf Kosten sitzen bleiben. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in Länder, die nicht der EU/EWR angehören, endet der Versicherungsschutz. Das ist bei allen Tarifniveaus gleichermaßen so.

3.11 Übergreifende Leistungen/Anwartschaftsversicherung/Gruppenversicherung

57	Gibt es auch in den neuen Tarifen eine Anwartschaft?	Ja, je nach Situation gibt es die Möglichkeit, auch die MeinKrankenhausschutz-Tarife auf eine Anwartschaftsversicherung umzustellen.
58	Gibt es auch in den neuen Tarifen GV Rabatte?	Es gibt die üblichen Rabatte, je nach Gruppenvertrag.
59	Kann für die MeinKrankenhausschutz-Tarife auch ein Kombinationsnachlass in Anspruch genommen werden?	Ja. Die Regeln orientieren sich an denen, die auch für MeinZahnschutz gelten. Die Tarife ohne AR werden nach dem 45. Geburtstag in Tarife mit AR umgestellt, dann entfällt auch der Kombinationsnachlass. Details zum Kombinationsnachlass können auch in den eigenen FAQ nachgelesen werden.

4. Die neuen AVB (B5)

4.1 Aufbau und Inhalt

60	Warum ist der Aufbau der AVB anders als in den bisherigen Tarifen der stat. ZV?	Mit der Einführung der B5 AVB wird insbesondere die Darstellung der Leistungsinhalte durch eine Tabellenform wesentlich verbessert. Der Kunde findet seine abgesicherten Leistungen übersichtlich mit evtl. Voraussetzungen für die Leistung dargestellt. Das Ziel
----	---	--

		war, die AVB für den Kunden transparenter und übersichtlicher zu gestalten.
61	Verbessern die neuen AVB die Wettbewerbsfähigkeit?	Eine ansprechende, dem Kunden besser zu vermittelnde Darstellungsweise verbessert auch die Wettbewerbsfähigkeit der neuen AVB. Außerdem wurden die Leistungen in zahlreichen Details den Anforderungen an ein modernes Tarifwerk angepasst.
62	Können die in den AVB genannten Preise angepasst werden?	In den neuen AVB werden keine Preise mehr aufgeführt. Allerdings gibt es Höchstbeträge. Diese wurden in der Vergangenheit jedoch sehr selten angepasst.
63	Ist geplant die AVB der Alttarife auf die neue Systematik umzustellen?	Nein, eine Umstellung aller Alttarife in die neue B5 Form ist nicht vorgesehen.

5. Risikoprüfung

5.1 Gesundheitsfragen

64	Gibt es neue Gesundheitsfragen?	Die Gesundheitsfragen werden sowohl in Arkade als auch in der Online-Antragsstrecke angepasst. Die Fragetiefe bleibt erhalten. Alle Krankheiten, welche uns Kunden bisher angeben mussten, müssen auch in Zukunft angegeben werden. Ziel der Anpassung ist, dass gesunde Kunden nur wenige Fragen beantworten müssen.
65	Für welche Tarife gelten die geänderten Gesundheitsfragen?	Die geänderten Gesundheitsfragen gelten ab 22.09.2026 für alle MeinKrankenhausschutz-Tarife.
66	Kann ein Tarifwechsel in die neuen Tarife auch über die Bestandsbearbeitung in Arkade erfolgen	Es ist technisch ab dem 22.09.2026 möglich, einen TW in die neuen MeinKrankenhausschutz-Tarife über Arkade vorzunehmen.

5.2 Risikoprüfung bei Tarifwechseln

67	Wird bei jedem Wechsel in die neuen Tarife eine Risikoprüfung ausgelöst?	Ob ein Tarifwechsel in die neuen Tarife nur mit Risikoprüfung möglich ist, hängt von dem/n Quelltarif/e/n ab. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Quelltarif(e)</th><th>Zieltarif</th><th>Risikoprüfung</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">721</td><td>KHS03(AR)</td><td rowspan="3">Ja</td></tr> <tr> <td>KHP03(AR)</td></tr> <tr> <td>KHB03(AR)</td></tr> <tr> <td>721+AOPKH01/2</td><td>KHS03(AR)</td><td>Nein</td></tr> </tbody> </table>	Quelltarif(e)	Zieltarif	Risikoprüfung	721	KHS03(AR)	Ja	KHP03(AR)	KHB03(AR)	721+AOPKH01/2	KHS03(AR)	Nein
Quelltarif(e)	Zieltarif	Risikoprüfung											
721	KHS03(AR)	Ja											
	KHP03(AR)												
	KHB03(AR)												
721+AOPKH01/2	KHS03(AR)	Nein											

			KHP03(AR)	Ja
			KHB03(AR)	
		729*	KHS03(AR)	Ja
			KHP03(AR)	
			KHB03(AR)	
		729*+AOPKH01/2	KHS03(AR)	Nein
			KHP03(AR)	Ja
			KHB03(AR)	
		KHPOPT02	KHS03(AR)	Ja
			KHP03(AR)	
			KHB03(AR)	
		KHP02	KHS03(AR)	Ja
			KHP03(AR)	
			KHB03(AR)	
		KHP02+AOPKH02	KHS03(AR)	Nein
			KHP03(AR)	Ja
			KHB03(AR)	
		KHB02	KHS03(AR)	Ja
			KHP03(AR)	
			KHB03(AR)	
		KHB02+AOPKH02	KHS03(AR)	Nein
			KHP03(AR)	Ja
			KHB03(AR)	
		KHS03(AR)	KHP03(AR)	Ja
			KHB03(AR)	
		KHP03(AR)	KHS03(AR)	Nein
			KHB03(AR)	Ja
KHB03(AR)	KHS03(AR)	Nein		
	KHP03(AR)			

68	Wird die Risikoprüfung nur auf die Mehrleistungen angewendet oder auf das gesamte Leistungsspektrum des neuen Tarifes?	Die Risikoprüfung wird nur auf die Mehrleistungen eines Tarifes angewandt. Dies ist so auch im § 204 VVG geregelt.
----	--	--