

Krankheitskosten-Tarif MediClinic Premium Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.04.2017)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Stationäre Heilbehandlung/ Psychotherapie

Erstattungsfähig sind
100% der nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen (vgl. Abschnitt C.1) für

- Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung,
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer,
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

Werden keine Vorleistungen eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers nachgewiesen, erstattet der Versicherer

100% der Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer,
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

100% des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung.

Besteht neben Tarif MediClinic Premium eine Krankheitskostenvollversicherung, zahlt der Versicherer bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in Höhe und Dauer des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) gemäß § 61 SGB V i.V.m. § 39 SGB V (vgl. C.2).

2. Vor- und nachstationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind
100% der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (vgl. Abschnitt C.1).

Die vor- und nachstationäre Behandlung ist begrenzt auf

- längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung und
- längstens sieben Behandlungstage innerhalb von vierzehn Tagen, bei Organübertragungen innerhalb von drei Monaten, nach Durchführung der stationären Behandlung.

Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für Diagnostik und der medizinisch notwendige Verbandswechsel.

Im Rahmen der nachstationären Behandlung kann die Frist von vierzehn Tagen oder drei Monaten in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

3. Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind
100% der Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen oder der privaten Krankenversi-

cherung übersteigen.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V erstellten Katalog und können beim Versicherer jederzeit erfragt werden. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

4. Vor- und Abschlussuntersuchung bei ambulanter Operation

Erstattungsfähig sind
100% der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen für Vor- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus bei ambulanter Operation.

Die Vor- und Abschlussuntersuchung ist begrenzt auf

- längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der ambulanten Operation,
- längstens sieben Behandlungstage innerhalb von vierzehn Tagen nach Durchführung der ambulanten Operation.

Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für Diagnostik und der medizinisch notwendige Verbandswechsel.

5. Krankentransport

Erstattungsfähig sind
100% der nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen für den

- Transport im Krankenwagen,
- Transport im Notfallrettungsdienst auch mit dem Hubschrauber

zur stationären Behandlung.

6. Rooming-In

Erstattungsfähig sind
100% der Aufwendungen, wenn neben dem nach Tarif MediClinic Premium versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung eine erwachsene Begleitperson stationär aufgenommen wird. Erstattet werden die zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr. Die stationäre Behandlung des versicherten Kindes muss vor Vollendung des 10. Lebensjahres begonnen haben.

B. Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

Krankenhaustagegeld

Werden bei einem Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen oder Unterkunft und Verpflegung nicht im versicherten Rahmen gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt.

- **20 EUR** für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und
- **20 EUR** für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung.

Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Die Krankenhausbehandlung umfasst Leistungen für vollstationäre und teilstationäre Heilbehandlungen einschließlich stationärer Entbindungen.

Von einer teilstationären Behandlung geht der Versicherer aus, wenn der Krankenhausaufenthalt nicht über einen vollen Tages- und Nachtlauf stattfindet.

Erstattet werden auch die Differenzkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die der versicherten Person dadurch entstehen, dass sie ein anderes als das in der Einweisung des gesetzlichen Versicherungsträgers genannte Krankenhaus gewählt hat. Voraussetzung ist, dass ein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht.

In Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, wird als Zuschlag für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer die

Differenz zwischen den Pflegesätzen für das Ein- oder Zweibettzimmer zum Pflegesatz für das Drei- oder Mehrbettzimmer angesetzt.

Abweichend von § 4 Abs. 4.1 AVB sind die gesondert berechneten Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers nicht erstattungsfähig.

Bei gesondert berechneter Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer werden auch die Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon sowie Internet erstattet.

2. Die Höhe des Krankenhaustagegeldes entspricht dem Zuzahlungsbetrag, der jeweils für die Dauer einer vollstationären Behandlung von einem Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist, § 61, § 39 Abs. 4 SGB V (s. Anhang). Die Berechnung erfolgt auf Grundlage des Gesetzes in der zum 01. Januar 2017 geltenden Fassung (10 EUR/Tag für die Dauer von max. 28 Tagen pro Kalenderjahr).

Der Versicherer ist berechtigt, die Höhe des Krankenhaustagegeldes anzupassen, wenn sich aufgrund gesetzlicher Änderungen ein anderer Zuzahlungsbetrag für einen vollstationären Aufenthalt ergibt.

Für eine vor-, nach- und teilstationäre Krankenhausbehandlung sowie bei Entbindung besteht keine gesetzliche Zuzahlungspflicht. Ein Krankenhaustagegeld wird in diesen Fällen nicht erbracht.

3. Abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB werden die gesondert berechneten ärztlichen Leistungen auch über den Rahmen der in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Gebührenordnungen hinaus erstattet, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

4. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen
Abweichend von § 5 Abs. 1. d) AVB besteht Versicherungsschutz für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme im tariflichen Rahmen, sofern die Heilbehandlungsmaßnahme vollständig durch einen privaten Krankenversicherer erbracht wird.

Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Rehabilitationsmaßnahme einzuholen.

5. Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)
Im Rahmen der in § 4 Abs. 5.2 AVB genannten Erkrankungen (Diagnosen) werden bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung die versicherten Wahlleistungen zur Verfügung gestellt, sofern Kostenträger dieser Maßnahme eine private Krankenversicherung ist. Wird eine stationäre Leistung durch die GKV gemäß § 40 SGB V (medizinischen Rehabilitation) erbracht, besteht für die genannten Erkrankungen (Diagnosen) ein Leistungsanspruch im tariflichen Rahmen.

Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Anschlussheilbehandlung einzuholen.

6. Gemischte Krankenanstalten
Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von § 4 Abs. 4 AVB erfüllen, besteht Versicherungsschutz im tariflichen Rahmen, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat (vgl. § 4 Abs. 5 AVB).

Der Versicherer wird sich nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn:

- a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
- b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
- c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt (vgl. § 4 Abs. 5.1 AVB).

7. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.

8. Eine mit der privaten Krankenversicherung (PKV) vereinbarte Selbstbeteiligung oder ein mit der

GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf die Selbstbeteiligung der PKV oder den Selbstbehalt der GKV angerechnete Leistungen werden berücksichtigt.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

Es gilt jeweils die zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme gültige Fassung des Gesetzes.

§ 13 Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.
- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.
- (4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis in anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
- (5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.
- (6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

§ 39**Krankenhausbehandlung**

...

- (4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 53**Wahltarife (Selbstbehalt,
Beitragsrückzahlung)**

- (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.

§ 61**Zuzahlungen**

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.