

Krankheitskosten-Tarif MediClinic S Plus Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.09.2019)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009*)

Der Versicherungsschutz

A. Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsfähigkeit
2. Befristung

B. Tarifleistungen/Leistungen des Versicherers

1. Stationäre Heilbehandlung/Psychotherapie
2. Unfall/Einbettzimmer
3. Vor- und nachstationäre Behandlung
4. Ambulante Operationen
5. Vor- und Abschlussuntersuchung bei ambulanter Operation
6. Krankentransport
7. Rooming-In

C. Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

D. Optionsrecht/Umstellung der Versicherung

1. Optionsrecht
2. Umstellungsvereinbarung

E. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

F. Ende der Versicherung/Obliegenheit

1. Ablauf des Versicherungsschutzes/Befristung
2. Ausscheiden aus der GKV

G. Beiträge

Anhang

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

A. Allgemeine Bestimmungen

1. **Versicherungsfähigkeit** Tarif MediClinic S Plus kann nur von Personen abgeschlossen werden, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind (vgl. Abschnitt F.2).
2. **Befristung** Die Versicherung nach Tarif MediClinic S Plus ist befristet (vgl. Abschnitt F.1).

B. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. **Stationäre Heilbehandlung/
Psychotherapie** Erstattungsfähig sind **100%** der nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen (vgl. Abschnitt E.2) für
 - Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung,
 - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
 - gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
 - gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspfleger, sofern die Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung berechnet sind.

* Für Tarife, die in Verbindung mit den AB/KK 2009 gelten, werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Werden keine Vorleistungen eines gesetzlichen Versicherungsträgers nachgewiesen, erstattet der Versicherer

100% der Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
- gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers, sofern die Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung berechnet sind.

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

2. Unfall/Einbettzimmer

Erstattungsfähig sind

100% der Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
- gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers, sofern die Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung berechnet sind,

wenn die stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles erforderlich wird.

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Anspruch auf Leistungen besteht nur für stationäre Aufenthalte, die nachweislich in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen stehen.

3. Vor- und nachstationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind

100% der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (vgl. Abschnitt E.2).

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.

4. Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind

100% der Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, soweit sie die Leistungen der GKV 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.

5. 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.

6. Krankentransport Erstattungsfähig sind
100% der nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen für den

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

zur stationären Behandlung.

7. Rooming-In Erstattungsfähig sind
100% der Aufwendungen, wenn neben dem nach Tarif MediClinic S Plus versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung eine erwachsene Begleitperson stationär aufgenommen wird. Erstattet werden die zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson. Die stationäre Behandlung des versicherten Kindes muss vor Vollendung des 12. Lebensjahres begonnen haben.

C. 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.

- **50 Euro** je Kalendertag für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und
- **50 Euro** je Kalendertag für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer.

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

Bei teilstationärer Behandlung mit einem Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden je Kalendertag wird die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

D. Optionsrecht/Umstellung der Versicherung

1. Optionsrecht Das Optionsrecht umfasst die Umstellung in einen vom Versicherer benannten stationären Ergänzungstarif, der die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsieht. Auf Antrag des Versicherungsnehmers ist eine Umstellung bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres jederzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten möglich.

Der Wechsel erfolgt zum 1. des auf die Antragstellung folgenden Monats.

Mit dem Optionsrecht ist keine Erhöhung des Versicherungsschutzes verbunden.

Mit Vollendung des 45. Lebensjahres erlischt das Optionsrecht.

2. Umstellungsvereinbarung

Hat die versicherte Person vom Optionsrecht bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres keinen Gebrauch gemacht, gilt nach der Umstellungsvereinbarung:

Zum 1. des Monats nach Vollendung des 45. Lebensjahres der versicherten Person erfolgt eine Umstellung durch den Versicherer in einen

- stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung,
- ohne erneute Gesundheitsprüfung und
- ohne Wartezeiten.

Die versicherte Person kann den Umstellungstarif beim Versicherer jederzeit erfragen.

Der Versicherungsnehmer kann der planmäßigen Umstellung innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Umstellungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Umstellung in Textform widersprechen.

Widerspricht der Versicherungsnehmer der Umstellung, wird der Versicherungsschutz nach Tarif MediClinic S Plus fortgeführt. Die Kündigungsrechte sind bis zur Beendigung des Tarifs MediClinic S Plus hiervon unberührt.

E. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Eine stationäre Heilbehandlung gilt abweichend von § 1 Abs. 3 AVB als medizinisch notwendig, wenn die GKV die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen dieses stationären Aufenthaltes übernimmt.

Als Nachweis reicht die Vorlage einer schriftlichen Kostenübernahmeerklärung der GKV aus.
2. 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 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.

Bei gesondert berechneter Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer werden auch die Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon sowie Internet erstattet.
3. Abweichend von § 4 Abs. 3 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. Keine Leistungspflicht besteht für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. § 5 Abs. 1d) AVB).
5. Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)

Im Rahmen der in § 4 Abs. 14.2 AVB genannten Erkrankungen (Diagnosen) werden bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung die versicherten Wahlleistungen zur Verfügung gestellt, wenn eine stationäre Leistung durch die GKV gemäß § 40 SGB V (medizinische Rehabilitation) erbracht wird.

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. 11 AVB erfüllen, besteht Versicherungsschutz im tariflichen Rahmen, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat (vgl. § 4 Abs. 14 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. 14.1 AVB).

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

8. Bei Beendigung des Tarifs MediClinic S Plus zum Zeitpunkt der Befristung (60. Lebensalter, vgl. Abschnitt F.1) erbringt der Versicherer ab diesem Zeitpunkt tarifliche Leistungen für eine laufende Krankenhausbehandlung, längstens jedoch für vier Wochen.

9. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt der GKV angerechnete Leistungen werden berücksichtigt.

F. Ende der Versicherung/Obliegenheit

1. Ablauf des Versicherungsschutzes/Befristung

Der Versicherungsschutz nach Tarif MediClinic S Plus endet zum Schluss des Monats, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet. Einer Kündigungserklärung des Versicherungsnehmers bedarf es nicht.

2. Ausscheiden aus der GKV

Der Versicherungsschutz nach Tarif MediClinic S Plus endet mit Ausscheiden aus der deutschen GKV (vgl. Abschnitt A.1) zum Schluss des laufenden Monats.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

G. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 26., 31., 45. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe 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

§ 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 § 18 des Neunten Buches erstattet.
- (3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.
- (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 im 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 Erstat-

tungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent 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

(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.